



Gobernación del Cauca  
Secretaría de Salud

Popayán, febrero de 2023

### AVAL DE COMPLETITUD Y CUMPLIMIENTO – ASIS 2022

La Suscrita secretaria 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 **SANTANDER DE QUILCHAO** 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 ORDOÑEZ  
Secretaria Departamental de Salud del Cauca

  
DUBAN ELY QUINTERO MUÑOZ  
Líder Proceso Vigilancia en Salud Pública

Aprobó: Duban Ely Quintero Muñoz -Líder Proceso de Vigilancia en Salud Pública 



Secretaría Local de Salud

# **Análisis de la Situación de Salud Santander de Quilichao, Cauca 2022**





## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	9
METODOLOGÍA .....	10
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES .....	11
SIGLAS .....	12
CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO .....	15
1.1. Contexto territorial.....	15
1.1.1. Localización.....	15
1.1.2. Características físicas del territorio .....	16
1.1.3. Accesibilidad geográfica .....	22
1.2. Contexto demográfico: .....	23
1.2.1. Estructura demográfica.....	25
28	
De acuerdo a los resultados del índice de friz, para el 2022 la población menor de 20 años es del 109,9% respecto al grupo de 30 y 49 años, lo que representa una población madura y este disminuyó 21,97 puntos porcentuales respecto al 2015. ....	28
1.2.2 Dinámica demográfica .....	28
1.2.3. Movilidad forzada: .....	31
1.2.4. Dinámica Migratoria.....	33
CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES .	37
2.1.1. Mortalidad general por grandes causas - Ajuste de tasas por edad.....	37
2.1.1. Mortalidad específica por subgrupo – Tasas Ajustadas .....	48
2.1.2. Mortalidad materno – infantil y en la niñez.....	66
2.1.3. Mortalidad por COVID-19 en Santander de Quilichao.....	73
2.1.4. Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	76
2.2.1. Principales causas de morbilidad .....	91
2.2.2. Morbilidad específica .....	98
2.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo.....	113



2.2.4.	Morbilidad de eventos precursores .....	114
2.2.5.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	115
2.2.6.	Morbilidad por COVID-19 Santander de Quilichao.....	115
2.2.7.	Análisis de la población en condición de discapacidad 2022 .....	117
2.2.8.	Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS .....	123
2.2.8.1.	Análisis de los determinantes intermedios de la salud .....	124
2.2.8.2.	Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades .....	136
CAPITULO III PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....		140
3.1.	Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente ..	140
3.2.	Priorización de los problemas de salud .....	141



## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, 2022 .....	16
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio Santander de Quilichao, 2022 .....	22
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2022 .....	22
Tabla 4. Población por área de residencia Municipio de Santander de Quilichao 2022 .....	23
Tabla 5. Población por pertenencia étnica del Municipio de Santander de Quilichao,2022 .....	23
Tabla 6. Proporción de la población por grupos de edad, municipio Santander de Quilichao 2015-2022-2025.....	26
Tabla 7. Proporción de la población por curso de vida, municipio Santander de Quilichao 2022.....	26
Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Santander de Quilichao, 2015-2022- 2025 .....	27
Tabla 9. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento vegetativo comparativo departamental y municipal durante el periodo 2005 a 2020 .....	29
Tabla 10. Tasas de fecundidad - municipio y departamento del Cauca, periodo 2005-2020 .....	30
Tabla 11. Población en condición de víctima por grupo de edad, sexo, municipio de Santander de Quilichao, 2022 .....	32
Tabla 12. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad ajustadas por edad en el municipio de Santander de Quilichao, 2005-2020 .....	65
Tabla 13. Tabla de Mortalidad Infantil menores de 1 año 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	68
Tabla 14. Tabla de Mortalidad Infantil menores de 1 a 4 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	68
Tabla 15. Tabla de Mortalidad Infantil menores de 5 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	69
Tabla 16. Tabla de Mortalidad Infantil en hombres menores de 1 año 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	70
Tabla 17. Tabla de Mortalidad Infantil en hombres menores de 1 a 4 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	70
Tabla 18. Tabla de Mortalidad Infantil menores de 5 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	71
Tabla 19. Tabla de Mortalidad Infantil en mujeres menores de 1 año 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	72
Tabla 20. Tabla de Mortalidad Infantil en mujeres menores de 1 a 4 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	72
Tabla 21. Tabla de Mortalidad Infantil en mujeres menores de 5 años (16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	73
Tabla 22 Concentración Comorbilidades, Santander de Quilichao 2022 .....	75
Tabla 23 <i>Ámbito de atención de las mortalidades por COVID 19 , Santander de Quilichao 2022</i> .....	76
Tabla 24 . Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Santander de Quilichao, 2005- 2020 .....	77
Tabla 25. <i>Mortalidad Materna por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020</i> .....	84



<i>Tabla 26. Mortalidad Neonatal por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020</i> .....	85
<i>Tabla 27. Mortalidad Materna por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020</i> .....	87
<i>Tabla 28. Mortalidad Materna por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020</i> .....	87
<i>Tabla 29. Identificación de prioridades en salud del municipio de Santander de Quilichao 2020</i> .....	89
<i>Tabla 30. Principales causas de morbilidad, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021</i> .....	93
<i>Tabla 31. Principales causas de morbilidad en hombres, municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021</i> .....	95
<i>Tabla 32. Principales causas de morbilidad en mujeres, municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2021</i> .....	97
<i>Tabla 33 Morbilidad específica por subgrupos en total - municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2021</i> .....	99
<i>Tabla 34 Morbilidad específica por subgrupos en hombres - municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2021</i> .....	101
<i>Tabla 35. Morbilidad específica por subgrupos en mujeres - municipio de Santander de Quilichao 2009- 2021</i> .....	103
<i>Tabla 36. Principales causas de morbilidad en salud mental, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021</i> .....	105
<i>Tabla 37 Principales causas de morbilidad en salud mental en hombres, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021</i> .....	107
<i>Tabla 38. Principales causas de morbilidad en salud mental en mujeres, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021</i> .....	109
<i>Tabla 39. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de Santander de Quilichao, 2006-2021</i> .....	113
<i>Tabla 40. Semaforización y tendencia de los eventos precursores del municipio de Santander de Quilichao, 2016-2021</i> .....	114
<i>Tabla 41 Tabla de eventos de notificación obligatoria, 2015 - 2021</i> .....	115
<i>Tabla 42 Concentración comorbilidades por COVID 19 Municipio de Santander de Quilichao 2022</i> .....	117
<i>Tabla 43 Ámbito de atención por COVID 19, municipio de Santander de Quilichao 2022</i> .....	117
<i>Tabla 44 Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Santander de Quilichao, 2022</i> .	119
<i>Tabla 45 Total, de migrantes con atenciones en salud, municipio de Santander de Quilichao, 2022</i> .....	120
<i>Tabla 46. Identificación de prioridades en Salud 2022</i> .....	120
<i>Tabla 47 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del municipio de Santander de Quilichao, 2021</i> .....	125
<i>Tabla 48 Coberturas de acueducto y alcantarillado reportados en el Sistema Único de Información (SUI)</i> .....	125
<i>Tabla 49 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida según zona urbana y rural del municipio de Santander de Quilichao, 2021</i> .....	125
<i>Tabla 50 Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del departamento, 2006-2020</i> .....	126
<i>Tabla 51 Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Municipio de Santander de Quilichao- 2007-2020</i> .....	126
<i>Tabla 52 Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de Santander de Quilichao – 2006-2020</i> .....	128



<b>Tabla 53 Cobertura de vacunación COVID 19 Santander de Quilichao 2022 .....</b>	<b>129</b>
<b>Tabla 54 Grupo de Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el municipio de Santander de Quilichao Cauca, 2015-2021 .....</b>	<b>130</b>
<b>Tabla 55 Otros indicadores de sistema sanitario en el municipio de Santander de Quilichao, 2021 .....</b>	<b>136</b>
<b>Tabla 56 Personas en Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI .....</b>	<b>137</b>
<b>Tabla 57 Índice de Pobreza Multidimensional .....</b>	<b>137</b>
<b>Tabla 58 Tasa de cobertura bruta de educación del Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2021 .</b>	<b>138</b>
<b>Tabla 59 Identificación de problemas en salud pública en Santander de Quilichao, 2005 – 2021 .....</b>	<b>140</b>
<b>Tabla 60 Priorización de los problemas de salud del municipio de Santander de Quilichao, 2020 .....</b>	<b>141</b>
<b>Tabla 61. Priorización de problemas de salud identificados por las EAPB en la caracterización de la población afiliada del Municipio de Santander de Quilichao 2021 .....</b>	<b>142</b>

## LISTA DE MAPAS

<b>Mapa 1. Afectación en el sector el campito ante fenómenos amenazantes .....</b>	<b>21</b>
--	-----------



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional del municipio de Santander de Quilichao, 2015- 2022-2025 .....	25
Figura 2 Diferencias en la población hombres – mujeres por grupos de edad año 2021 .....	27
Figura 3 Población por sexo y curso de vida del municipio de Santander de Quilichao, 2022 .....	27
Figura 4. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento vegetativo comparativo departamento y municipio en el municipio de Santander de Quilichao 2005 a 2020 .....	29
Figura 5 Comparativo tasas específicas de Fecundidad del municipio-departamento, 2005-2020 .....	31
Figura 6 Pertenencia étnica de la población en condición de víctima 2022, auto reconocimiento étnico del municipio.....	33
<i>Figura 7. Pirámide de población en condición de víctima por grupo de edad, sexo, Santander de Quilichao, 2022.....</i>	<i>33</i>
<i>Figura 8. Pirámide Poblacional migrantes 2022 Santander de Quilichao .....</i>	<i>34</i>
Figura 9 Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 ....	39
Figura 10 Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	40
Figura 11 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	42
Figura 12 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas TOTAL lista 6/67 municipio de Santander de Quilichao, 2007 – 2020.....	43
Figura 13 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	44
Figura 14 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	45
Figura 15 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	46
Figura 16 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	47
Figura 17 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	48
Figura 18 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	49
Figura 19 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	50
Figura 20 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	51
Figura 21 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	52
Figura 22 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	53
Figura 23 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	54
Figura 24 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	55



Figura 25 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020 .....	56
Figura 26 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio, 2005 – 2020.....	57
Figura 27 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	58
Figura 28 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	59
Figura 29 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	60
Figura 30 Porcentaje de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	61
Figura 31 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	62
Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	63
Figura 33 Tasa de mortalidad ajustada por la edad para las demás enfermedades en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020.....	64
Figura 34 Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios) .....	66
Figura 35 Pirámide Poblacional Mortalidad por COVID 19, Santander de Quilichao .....	74
Figura 36. Razón de mortalidad materna, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020 .....	78
Figura 37 Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020 .....	79
Figura 38. Tasa de mortalidad Infantil, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020.....	80
Figura 39. Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020 .....	80
Figura 40. Tasa de mortalidad por IRA, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020 .....	81
Figura 41. Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Santander de Quilichao, 2005 –2020.....	82
Figura 42. Tasa de mortalidad por DESNUTRICION, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020.....	82
<i>Figura 43. Tasa de mortalidad Materna por etnia 2009-2020, Santander de Quilichao.....</i>	<i>84</i>
<i>Figura 44.. Tasa de mortalidad neonatal por etnia 2009-2020, Santander de Quilichao. ....</i>	<i>85</i>
Figura 45.. Progresión de la enfermedad renal del municipio de Santander de Quilichao, 2021 .....	114
Figura 46. Pirámide Poblacional Morbilidad por COVID 19, Santander de Quilichao 2022.....	116
Figura 47.. Pirámide poblacional de las alteraciones permanentes año 2022.....	118



## INTRODUCCIÓN

La salud es el resultado de las interacciones sociales, biológicas, económicas, culturales y políticas de los individuos y la comunidad, las diferencias en salud que se observan entre las personas y las comunidades no son tanto un asunto médico, sino más bien reflejan las inequidades sociales injustas y evitables, arraigadas en estructuras sociales.

La salud de la comunidad quilichagüeña y en general no solo depende de factores biológicos y los servicios de salud existentes, sino también, y en forma significativa de las condiciones ambientales, muy especialmente de las condiciones sociales en que viven y laboran las personas y las comunidades.

El análisis de la situación en salud (ASIS) es un insumo básico que proporciona herramientas para la toma de decisiones en el sector salud. La comprensión de la complejidad en que se desarrollan procesos de salud, enfermedad y bienestar de la población contribuirá a la elaboración de una política pública integral enfocada no solo en promover la salud y prevenir la enfermedad sino también fortalecer el empoderamiento de líderes comunitarios, promoviendo el control y la participación social y la acción intersectorial.

Dentro del marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, el ASIS del Municipio de Santander de Quilichao contribuirá a la identificación de las desigualdades en salud, que a su vez servirán de insumo para la formulación del Plan Territorial de salud y poder realizar una invitación a la articulación, integración y alianzas con los demás sectores, para el logro de una mejor salud y bienestar para todos. El ASIS será además un material de primera mano y de consulta para los profesionales, investigadores, la academia y todos aquellos actores interesados en conocer el estado de salud en nuestro Municipio.

La interpretación de los hallazgos del análisis sirve para la generación de hipótesis, para lo cual se deberá poner en consideración una serie de posibles explicaciones alternativas; Factores tales como el aumento de la población, la migración, la introducción de nuevos métodos diagnósticos, el mejoramiento de los sistemas de notificación, el cambio en la definición de casos, la aparición de nuevos y efectivos tratamientos y la posibilidad de problemas con la validez de los datos de vigilancia, por subregistro, sesgos o duplicación de notificaciones pueden producir resultados espurios o falsos. Esto deberá guiar el grado y extensión de las recomendaciones de acción dirigidas al control del problema, así como la necesidad de realizar estudios epidemiológicos específicos y de evaluar el sistema de vigilancia(1).



## METODOLOGÍA

La Secretaria Local de Salud del municipio de Santander de Quilichao realiza la actualización del documento Análisis de Situación de Salud (ASIS) adoptando la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el objetivo de estandarizar el proceso de análisis y con el que se pretende fortalecer el proceso que lleva contribuye a la priorización de problemas de salud en el marco de las dimensiones definidas en el PDSP 2012-2021.

Para la construcción del documento ASIS se utilizaron fuentes de información dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objetivo de obtener datos con criterios verificados y homologados que permiten realizar comparaciones entre los entes territoriales. Se utilizó como fuentes de información las estimaciones y proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística del censo 2018 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. El análisis de mortalidad se realizó utilizando la información del periodo 2005 al 2020, acorde a las bases de datos de estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el DANE.

Se desarrolló un análisis descriptivo de los indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVVP), tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones e intervalos de confianza al 95% por el método Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo de Excel.

Para el análisis de morbilidad se usó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo de MSPS, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, el periodo de análisis de los RIPS fue del 2009 al 2021, para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2016 al 2021 y los eventos de notificación obligatoria el 2021.

Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), Estudio Nacional de Salud Mental 2015 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis).

## **AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES**

La Secretaría Local de Salud del Municipio de Santander de Quilichao-Cauca agradece al Ministerio de Salud y Protección Social por el apoyo en la elaboración de la guía conceptual y metodológica para la construcción del Análisis de Situación de Salud, el suministro de las herramientas que facilitaron la actualización de la información y el seguimiento oportuno de los avances en la construcción del documento. También agradece el compromiso continuo y dedicación del grupo de Vigilancia en Salud Pública y de la Secretaría de Salud Departamental.

### **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

#### **SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CAUCA**

##### **DIANA MARCELA ENRIQUEZ ORDOÑEZ**

Secretaria de Salud Departamental

##### **DUBAN ELY QUINTERO MUÑOZ**

Líder Proceso de Gestión de Vigilancia en Salud Pública

##### **EUGENIA AMPARO RÍOS P.**

Epidemióloga Referente ASIS-Lesiones de Causa Externa

#### **ALCALDÍA MUNICIPAL-SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA**

##### **Lucy Amparo Guzmán Gonzales**

Alcaldesa Municipal

#### **SECRETARÍO LOCAL DE SALUD -SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA**

##### **Jesús Alberto Meléndez Benavides**

Secretario Local de salud Municipal

#### **DOCUMENTO ELABORADO POR:**

##### **Cotty Fernanda Ospina Núñez**

##### **Sandra Carolina Urrea Betancourt**

Enfermeras Profesional Universitario



## SIGLAS

Incluya las siglas, que se mencionan al interior del documento:

- **ACONC:** Asociación de Consejos Comunitarios del Norte del Cauca
- **ASIS:** Análisis de la Situación de Salud
- **AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos
- **CAC:** Cuenta de Alto Costo
- **CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
- **CNPV:** Censo Nacional de Población y Vivienda
- **DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- **Dpto:** Departamento
- **DSS:** Determinantes Sociales de la Salud
- **EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
- **EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
- **ESI:** Enfermedad Similar a la Influenza
- **ESAVI:** Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización
- **ERC:** Enfermedad Renal Crónica
- **ETA:** Enfermedades Transmitidas por Alimentos
- **ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual
- **ETV:** Enfermedades de Transmitidas por Vectores
- **HTA:** Hipertensión Arterial
- **IC95%:** Intervalo de Confianza al 95%
- **INS:** Instituto Nacional de Salud
- **IRA:** Infección Respiratoria Aguda
- **IRAG:** Infección Respiratoria Aguda Grave
- **LI:** Límite inferior
- **LS:** Límite superior
- **MEF:** Mujeres en edad fértil
- **Mpio:** Municipio
- **MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social
- **MIAS:** Modelo Integral Atención en Salud
- **NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas
- **No:** Número
- **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de Salud
- **PAIS:** Política Atención Integral en Salud
- **PIC:** Plan de Salud Pública y de Intervenciones Colectiva
- **PB:** Plan de Beneficios
- **PBOT:** Plan Básico de Ordenamiento Territorial
- **RLCPD:** Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
- **RIPS:** Registro Individual de la Prestación de Servicios
- **RAP:** Riesgo Atribuible Poblacional
- **RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud PIB: Producto Interno Bruto
- **SSPD:** Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios
- **SISBEN:** Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **SISPRO:** Sistema Integral de Información de la Protección Social



- **SIVIGILA:** Sistema de Vigilancia en Salud Pública
- **TB:** Tuberculosis
- **TGF:** Tasa Global de Fecundidad
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humano



**CAPÍTULO I**  
CARACTERIZACIÓN  
DE LOS CONTEXTOS  
TERRITORIAL  
Y DEMOGRÁFICO



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

### 1.1. Contexto territorial

Santander de Quilichao o Quilichao como se le conoció inicialmente no puede probar documentalmente una eventual fundación como se ha especulado por algunos investigadores de su historia, quienes especulan que se llevó a cabo en el año de 1543 por el adelantado Sebastián de Belalcázar o por orden suya con el nombre de Jamaica de los Quilichaos. La población se fue conformando en los albores del siglo XVIII en el sitio donde hoy se encuentra con la erección de la vice parroquia de San Antonio de Quilichao y su surgimiento a la vida político administrativa se produce con el título de villa que le es otorgado el 16 de julio de 1755 mediante decreto del virrey José Solís Folch de Cardona, desligándola de la territorialidad y manejo administrativo de Caloto.

La primera vez que a Santander de Quilichao se le da la condición de Municipio fue a través del nuevo orden político establecido para el estado soberano del Cauca en 1863 por la constitución de Río Negro.

#### Otros nombres anteriores:

- Jamaica de los Quilichaos (nombre con que se especula fue fundada por Sebastián de Belalcázar en 1543).
- Villa de Quilichao o San Antonio de Quilichao (a partir del siglo XVIII)
- Villa de Santander (mediante ordenanza N° 8 de octubre de 1851)

Quienes afirman que Santander de Quilichao fue fundada en 1543 junto con Caloto, por orden del adelantado Sebastián de Belalcázar, inicialmente con los nombres de Jamaica y Nueva Segovia, respectivamente, se sustentan en la obra del padre jesuita Juan de Velasco: "Historia del Reino de Quito" editada a finales del siglo XVII, cuando hace referencia a estas fundaciones. Sin embargo, no existe documentación alguna, como acta de fundación, carta real, documento notarial o al menos una crónica de indias, que sustente esta aseveración.

De todas maneras, la inexistencia de esta documentación tampoco niega el hecho, por cuanto en esa época la documentación era susceptible de pérdida o destrucción por la dificultad de transporte del correo, por efectos climáticos y por las permanentes destrucciones de los poblados con el incendio de sus consabidos archivos.

Pero la inexistencia de documentación al respecto da pie a que sobre igual calidad de probabilidad la versión que plantea que Quilichao no fue fundada, que existía desde antes de la llegada del primer europeo a la región como un poblado indígena, que fue creciendo deliberadamente con el auge de una dinámica de comercio, estimulada aún más con el establecimiento de los reales de minas en sus alrededores, lo que le dio desde época ancestral la vocación comercial que caracteriza a Santander de Quilichao.

**Fuente:** Autor: **José Cristóbal González Holguín** - P. U. Oficina de Cultura Municipal Secretaría de Educación y Cultura Municipal

#### 1.1.1. Localización

El Municipio de Santander de Quilichao, está ubicado en el Norte del Departamento del Cauca, a 97 Km al norte de Popayán y a 45 Km al Sur de Santiago de Cali - Valle del Cauca,



limita al Norte con los Municipios de Villarrica y Jamundí, al Occidente con el Municipio de Buenos Aires, al Oriente con los Municipios de Caloto al Sur con el Municipio de Caldono. Su extensión es de 518 Km<sup>2</sup>, de los cuales 8,58 corresponde a la zona urbana y 509,4 a la zona rural, su posición geográfica respecto al meridiano de Bogotá es de 3° 0' 38" Latitud Norte y 2° 23' 30" latitud Oeste, su altura sobre el nivel del mar es de 1.071 Metros y su temperatura media es de 26° C. Distancia de referencia de Cali-Valle: 40 km.

**Tabla 1. Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, 2022**

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	%	Extensión	%	Extensión	%
Santander de Quilichao	8.58 Km <sup>2</sup>	1,7	509.42 Km <sup>2</sup>	98,3	518 Km <sup>2</sup>	100

Fuente: Planeación Municipal Santander de Quilichao

### 1.1.2. Características físicas del territorio

**Ecología:** El Municipio de Santander de Quilichao tiene una gran diversidad en su cobertura vegetal y usos del suelo favorecidos con bondad por contar con tres pisos térmicos, por lo cual se puede decir que su vocación es agropecuaria, el 44.26% de su territorio equivalente a 22.196 Hectáreas están dedicadas a cultivos agrícolas y praderas utilizadas en ganadería doble propósito, ceba y producción de leche. el 21,89% de su territorio equivalente a 15.000 Hectáreas son terrenos ubicados en las zonas de laderas, que han sufrido procesos erosivos especialmente por el mal uso dado con algunos cultivos limpios como yuca y Maíz, estos suelos en la actualidad son de escaso uso agropecuario. El 8.51% es decir, 4.272 hectáreas se encuentran en rastrojo y matorrales, el 7.47% con 3.747 hectáreas están en bosques primarios, secundarios y plantados, 2000 hectáreas en afloramiento rocos y área improductiva, el área en parques y zonas industriales es 1.447 hectáreas, área en vías 780 hectáreas, superficies en cuerpos de agua 790 hectáreas y área urbana 716 hectáreas.

**Economía:** Está soportada sobre los tres sectores económicos básicos: **agropecuario, manufacturero y de servicios**. Sobresalen los subsectores agrícola y pecuario por el cultivo de la caña y la ganadería extensiva; el industrial por instalación de algunas empresas que se acogieron a los beneficios brindados por la Ley Páez y en el sector de servicios en el comercio formal e informal, de especial importancia por ser el Municipio de Santander de Quilichao un centro de intermediación para la distribución de bienes y servicios para norte del Cauca.

Básicamente la economía del municipio de Santander proviene en buena parte del sector primario de vocación agropecuaria donde el café, la caña de azúcar y la yuca entre otros son renglones de gran importancia que generan ingresos a los agricultores. Con los beneficios que trajeron la Ley Páez y la instalación de empresas manufactureras, el renglón secundario pasó a ocupar un buen lugar en la economía local y regional, sin desconocer que el sector terciario, el comercio en el casco urbano es fuente generadora de empleo y actividad económica dinámica. Tiene Santander de Quilichao unas características importantes para el desarrollo activo de los tres sectores de la economía en comparación con otros municipios del Departamento y que podemos mencionar

- Su ubicación geográfica es favorable al sector cerca al gran centro de producción y consumo como es Cali, al Puerto de Buenaventura, a los puertos secos de Yumbo y Buga y otras ciudades del Departamento.
- Topográficamente hay dos zonas bien definidas: la zona plana, donde se inicia el Valle geográfico del río Cauca y con explotaciones agropecuarias y tecnologías apropiadas.



La zona de ladera: topografía ondulada suave, con diferencia de pisos térmicos que hacen que los establecimientos de actividades agropecuarias sean muy variados.

- La infraestructura vial y de comunicaciones es adecuada y están cerca los centros de gran actividad económica; la red vial a la altura de la panamericana en el año 2.000 será ampliada a doble calzada; agilizando de esta manera la comunicación.
- En el aspecto social, encontramos las tres etnias que se conjugan y hacen del municipio un lugar de convivencia, gente trabajadora y capacitada que se preocupa por estudiar, encontrándose personal altamente calificado. Relevancia Económica del Municipio: En el sector primario los cultivos más importantes son : la caña de azúcar que ocupa el 47.12 % del área sembrada en cultivos transitorios y permanentes según distribución del uso actual del suelo, en segundo lugar el café con el 23.55% , la piña con el 9.73%, la yuca con el 6.79%, la caña panelera con el 2.78% y el plátano con el 1.87 %. Entre otros cultivos podemos mencionar : maíz, cítricos, fique, mora, lulo, mango, fríjol, tomate, arroz y habichuela que participan en menor escala. En el área pecuaria hay cría de ganado bovino doble propósito y de ganado porcino. La zona plana (Valle geográfico del río Cauca), se caracteriza por la explotación a gran escala de la caña de azúcar, de pastos mejorados para el ganado, en la zona de ladera ocupa un lugar relevante el cultivo del café, la yuca, el plátano y pan coger.

**Altitud y relieve:** La cabecera municipal se localiza a los 3 grados de latitud norte, y a los 74 grados, 54 minutos de longitud al oeste de Greenwich y a una altitud media de 1.071 m.s.n.m. En su cabecera inicia el valle geográfico del Río Cauca, sus territorios están divididos en dos regiones topográficamente distintas: una zona montañosa al sur cuyo relieve corresponde a la cordillera Central, en la que se destacan los accidentes orográficos del cerro de la Chapa y los altos del Calvario, Chuspillas y Sereno; y una zona plana que corresponde al Valle del Río Cauca

**Hidrografía:** Las corrientes hídricas con que cuenta el municipio pertenecen a la gran cuenca del Río Cauca. De ella hacen parte las Subcuencas de los ríos Ovejas, La Teta, La Quebrada y Quinamayó. A su vez éstas están alimentadas por las Microcuencas de los ríos Mondomo, Mazamorrero, Cochinitos, Quilichao, Mandivá, Aguaclara y río Páez.

El municipio cuenta con la reserva natural denominada Munchique. Dicha reserva es predominante para garantizarle a las generaciones futuras zonas verdes y garantía de agua para la población Quilichagueña, La micro cuenca del Río Quilichao es la principal fuente abastecedora del acueducto Municipal, dicha micro cuenca se encuentra localizada al norte del departamento del Cauca, sobre el flanco occidental de la cordillera central, La micro cuenca está ubicada al suroriente del municipio de Santander de Quilichao, Nace en el Cerro Munchique – Los Tigres, ubicado en la Vereda Guayabal a una altura de 2500 msnm, tiene un área aproximada de 2300 has. La microcuenca nace en jurisdicción del municipio de Santander y desemboca al Río Quinamayó en la misma jurisdicción. Recorre las veredas: Guayabal, Pavitas, Quitapereza, Palmichal, Jaguito, San Pedro y la cabecera Municipal. Estas fuentes son utilizadas en la parte alta de la microcuenca para abastecimiento doméstico y pequeños acueductos (Consumo Humano) y uso agropecuarios, en la parte media se encuentran los mayores consumos sobre la microcuenca debido a la presencia de predios con mayor extensión que los encontrados en la zona alta, igualmente por la demanda de grandes haciendas para sus actividades agropecuarias y para consumo humano de las veredas San Pedro y Cambalache y la demanda del acueducto urbano del Municipio de Santander de Quilichao.



## Riesgos

### Actividad minera y sus impactos

La Organización Mundial para la Salud, estima que aproximadamente 15 millones de personas, entre ellas 3 millones de mujeres y niños participan en la minería aurífera principalmente en América Latina, África y Asia (2). El deterioro ambiental y los efectos ocasionados por la utilización de mercurio durante la minería aurífera no es un tema reciente. Investigaciones realizadas por expertos de universidades brasileñas afirman que el padecimiento de los ecosistemas latinoamericanos data desde el descubrimiento de América y la denominada fiebre del oro ya hace más de 450 años(3). Este tipo de actividad económica y su impacto en la salud ambiental y salud pública por la utilización de mercurio es una actividad ampliamente extendida en Colombia, problema que es reconocido también por la institucionalidad minera. La Contraloría General de la Republica en el informe Estado de los Recursos Naturales y del Ambiente da a conocer que para el año 2012 tan solo 2718 unidades mineras de 14.357 unidades mineras censadas poseían una licencia ambiental. Esto no solo visualiza el tamaño de la no legalidad minera en Colombia, en cuanto al amparo de un título minero sino también la inexistencia de títulos ambientales (4).

Colombia se ubica dentro de los primeros lugares dentro de los países que más contaminan el planeta con mercurio, ocupando el primer lugar en América Latina (3). La contaminación con mercurio se origina durante los procesos de beneficio del oro, el cual se extrae mezclando la roca triturada con el mercurio elemental formando así una amalgama (5). Esta actividad provoca el vertimiento de grandes cantidades de mercurio en las fuentes hídricas y sobre la tierra, a escala mundial este tipo de minería genera aproximadamente un 37% de las emisiones de mercurio y es la mayor fuente de contaminación del aire y agua con este metal, lo que genera a mediano y largo plazo graves impactos en la salud ambiental y humana(2). Estudios realizados en Colombia demuestran la contaminación por mercurio en el medio ambiente y la consecuente intoxicación de los habitantes y zonas aledañas donde la extracción minera tiene lugar. Los estudios realizados se enfocan en los departamentos de Antioquia, Bolívar y Choco, a pesar de que la contaminación presenta también gran prevalencia en otras áreas, los ríos más sobresalientes por su nivel de contaminación son: el río Cauca, el río San Jorge, como las marismas del río Magdalena, que abastecen los departamentos en donde más se intensifica este tipo de actividad (6).

Diferentes investigaciones en seres humanos y el medio ambiente realizadas en Colombia demuestran que la exposición al mercurio en sus diferentes formas químicas genera daños de gran magnitud en el sistema nervioso, sistema digestivo, sistema ocular, sistema cardiovascular, sistema inmunológico y ponen en evidencia también los efectos mutagénicos y cancerígenos de este metal obviando también el daño ecológico generado principalmente en fuentes hídricas, suelos y aire. La utilización del mercurio desde hace décadas radica en que es la tecnología más económica y accesible para el pequeño minero, que no requiere mayor grado de capacitación, y puede ser desarrollada por personas sin algún grado de escolaridad (7)

El departamento del Cauca es un escenario de múltiples confrontaciones y disputas violentas inherentes a un conflicto armado de carácter histórico, en el que el bienestar e integridad de las comunidades se fracciona por el actuar de estructuras criminales que violan permanentemente los derechos humanos (8). un flagelo inminente es el que genera la actividad minera, produciendo no solo un deterioro socio-ambiental sino que tiene también impactos negativos sobre la salud humana. La ubicación geoestratégica del departamento del Cauca y su riqueza en materia de recursos naturales, posicionan a la



región como un gran referente para empresas multinacionales y diversos grupos al margen de la ley, los cuales intensifican las problemáticas de carácter social, económico y político que conllevan a la vulneración de los derechos humanos de la población.

Son diversos los factores que han facilitado el desarrollo de la minería ilegal en la región; la desigualdad social, la inequidad, la pasividad del Estado, la falta de oportunidades laborales estables y duraderas que satisfagan las necesidades básicas de la comunidad, que al verse sometida a muchas carencias, encuentran en la minería una forma de subsistir, de mejorar sus condiciones de vida y obtener un beneficio económico, sin tener en cuenta el deterioro ambiental y social que se produce a mediano y largo plazo(9).

Con la proliferación de la minería ilegal se ve afectada la seguridad ciudadana debido a la llegada de personas de todos los departamentos de Colombia e incluso población extranjera en busca de oportunidades de trabajo, asimismo llegan personas con intereses delincuenciales que vienen en busca de beneficios particulares, lo anterior hace que la estructura demográfica del municipio se altere, debido al crecimiento exagerado de las poblaciones en estos sectores, incrementando no solo el volumen de la población sino también la marginalidad, la vulnerabilidad, la pobreza y la injusticia social(10).

En el marco de la ilegalidad y la criminalidad, muchos de los individuos dedicados a la minería ilegal también optan por cometer otras conductas delictivas, esto se ve reflejado en homicidios, lesiones personales, desplazamiento forzado, prostitución y otras actividades ilícitas que conllevan al deterioro de la comunidad. Muchos de los grupos armados ilegales o que desarrollan actividades al margen de la ley han fomentado su economía en actividades ilícitas como el narcotráfico, extorsión, extracción y comercialización ilícita de recursos naturales, esta última es quizá la fuente de financiación más importante para los grupos armados que delinquen en el departamento del Cauca, lo que se define como la nueva economía política de las guerras, donde se incluye el uso de la fuerza militar, la violencia y lucha entre las poblaciones donde se lleva la explotación a gran escala, de esta manera la extracción ilegal del oro influye directamente en la perpetuación del conflicto interno(10).

#### **Riesgo Cerro Garrapatero por la Minería:**

El riesgo que genera la extracción del oro en la comunidad dadas las condiciones de hacinamiento y carencia de servicios sanitarios y de higiene, constituyen un foco de proliferación de vectores y transmisión de enfermedades en las 1.709 personas, 840 hombres y 869 mujeres que habitan en la zona de riesgo del Consejo Comunitario Zanjón de Garrapatero, compuesto por 6 veredas (El Palmar –Alto Palmar- Santa Lucia- La toma – mazamorrero – Bajo San Francisco).

En las pocetas o cráteres que se forman durante la explotación se pueden encontrar residuos de mercurio, el cual cumpliendo con el proceso natural ingresa a la cadena trófica a través de los microorganismos (metilmercurio) y posteriormente es absorbida por las plantas y peces hasta llegar al hombre, todo se agrava por la presencia de población vulnerable como son los niños, niñas y adultos mayores.

De igual manera el riesgo de accidentalidad en los cúbcos es bastante alto debido a los derrumbes que se puedan presentar por la inestabilidad del terreno o por fallas en el sistema de manejo de las paredes de esterilla vertical con refuerzos horizontales en madera.



Otro factor de riesgo lo constituye el corte de energía que puede ocurrir en cualquier momento y que afecta el funcionamiento de la motobomba que extrae el agua, provocando una inundación. Igualmente sucede con los aireadores que suministran el oxígeno a las personas que se encuentran trabajando en los túneles.

### **Recomendaciones:**

Por lo expuesto anteriormente se considera imprescindible y de carácter urgente la intervención del Estado y el diseño e implementación de una política socioambiental que contribuya a la erradicación de la minería ilegal y la recuperación del medio ambiente, también se hace necesaria una estrategia que permita ofrecerle a los pobladores de la región opciones laborales dignas que les permitan alcanzar un grado pleno de bienestar social.

Considerando que la actividad minera (minería artesanal) constituye un elemento importante para el sustento económico de algunas comunidades quilichagüeñas, la administración municipal debe comprometerse a realizar campañas educativas con el fin de mejorar las condiciones tecnológicas de extracción de oro, además debe existir un compromiso gubernamental para reemplazar las precarias y obsoletas tecnologías existentes.

La administración municipal debe desarrollar programas de vigilancia y control para evitar que los procesos de extracción del mineral no sean realizados en el interior de las viviendas empleadas como unidad familiar. Es necesario aunar esfuerzos con centros de investigación e instituciones gubernamentales para realizar estudios epidemiológicos en las poblaciones afectadas por la actividad minera, para conocer el estado actual de salud de los trabajadores y las comunidades aledañas a las minas.

Los efectos negativos para la salud y el medio ambiente han sido evidenciados por diferentes investigaciones nacionales e internacionales, razón por la cual se deben tomar urgentemente las medidas necesarias para prevenir enfermedades en los pobladores de la zona, principalmente en comunidades afrodescendientes e indígenas.

Zonificación de amenaza por avenidas torrenciales e inundación y movimiento de masa rural (San Antonio, santa lucia, el Palmar).

**Zonas de riesgo:** El municipio de Santander de Quilichao, se encuentra sometido a un gran número de riesgos ya que su topografía lo hace propicio para que se presenten deslizamientos, desbordamiento de sus ríos causando inundaciones y tempestades eléctricas. También puede verse afectada por eventos tales como movimientos sísmicos, incendios estructurales y forestales y otros fenómenos naturales o generados por el hombre, que pueden exigir una respuesta efectiva por parte de la administración municipal y del Consejo Municipal De Gestión Del Riesgo De Desastres-CMGRD

### **Deslizamiento:**

- Zona rural: Pavitas, aguáitala, el arbolito, el águila.
- Zona urbana: el porvenir, bello horizonte.

### **Inundaciones:**

- Zona rural: guayabal, lomitas abajo, Mandivá, pavitas

- Zona urbana: sector del río Quilichao, quebrada agua sucia.

**Incendios:**

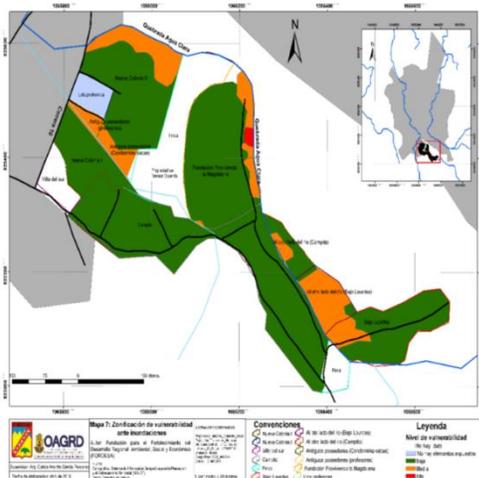
- Zona rural: la ladrillera Meléndez, quita pereza, loma gorda, Mandivá, cerro garrapatero, san pedro, lomas abajo, san Antonio.
- Zona urbana: se presentan principalmente en los barrios Santa Inés, Villa del Sur, Morales Duque, San José.

**Riesgo Sector Campito:**

La Oficina para la Gestión de riesgos y desastres del municipio a través del Proyecto Caracterización y evaluación de la vulnerabilidad ante fenómenos amenazantes en el sector campito en Santander de Quilichao. Cauca, realizaron una caracterización en el dónde están ubicados en asentamientos establecidos de manera irregular o infravivienda más de 2355 personas que hoy son sectores críticos en cuanto a fenómenos naturales y corresponden a:

Nueva Colonia II (Nueva Esperanza) Y Fundación Provivienda la Magdalena, El primero por la tubería de Gas, inundaciones y vendavales, y el Segundo por inundaciones, vendavales y deslizamientos de tierra.

**Mapa 1. Afectación en el sector el campito ante fenómenos amenazantes**



Nivel de vulnerabilidad	
Baja- Media	
Media	
Alta	

**Fuente:** Oficina de Gestión Integral del Riesgo de Desastres - Proyecto Caracterización y evaluación de la vulnerabilidad ante fenómenos amenazantes en el sector campito en Santander de Quilichao. Cauca

**Temperatura y humedad:**

**Climatología:** En Santander de Quilichao, los veranos son cortos, caliente y secos; los inviernos son cortos, cómodos, húmedos y mojados y está nublado durante todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 19 °C a 29 °C y rara vez baja a menos de 18 °C o sube a más de 31 °C. La mejor época del año para visitar Santander de Quilichao para actividades de tiempo caluroso es desde principios de junio hasta finales de septiembre.

**Temperatura:** La temporada templada dura 1,9 meses, del 20 de julio al 16 de septiembre, y la temperatura máxima promedio diaria es más de 29 °C. El día más caluroso del año es el 8 de agosto, con una temperatura máxima promedio de 29 °C y una temperatura mínima promedio de 19 °C. La temporada fresca dura 2,0 meses, del 19 de octubre al 18 de diciembre, y la temperatura máxima promedio diaria es menos de 28 °C. El día más frío del



año es el 11 de noviembre, con una temperatura mínima promedio de 19 °C y máxima promedio de 28 °C

**Humedad:** Basamos el nivel de comodidad de la humedad en el punto de rocío, ya que éste determina si el sudor se evaporará de la piel enfriando así el cuerpo. Cuando los puntos de rocío son más bajos se siente más seco y cuando son altos se siente más húmedo. A diferencia de la temperatura, que generalmente varía considerablemente entre la noche y el día, el punto de rocío tiende a cambiar más lentamente, así es que, aunque la temperatura baje en la noche, en un día húmedo generalmente la noche es húmeda. El período más húmedo del año dura 9,0 meses, del 3 de octubre al 1 de julio, y durante ese tiempo el nivel de comodidad es bochornoso, opresivo o insostenible por lo menos durante el 22 % del tiempo. El día más húmedo del año es el 4 de mayo, con humedad el 63 % del tiempo.

### 1.1.3. Accesibilidad geográfica

**Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio Santander de Quilichao, 2022**

Municipio	Tiempo de llegada desde el Santander de Quilichao a Popayán, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el Santander de Quilichao a Popayán	Tipo de transporte desde Santander de Quilichao a Popayán
Santander de Quilichao	120	82.7 kms	Terrestre

Fuente: [www.google.com.co/maps](http://www.google.com.co/maps)

#### Terrestres:

Tiempo de llegada a la capital de la comunidad más lejana 5 horas, la distancia en kilómetros son 78 aproximadamente.

Tiempo de llegada de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad: 4 horas.

Distancia en kilómetros al centro de referencia de mayor complejidad: 55 kilómetros

**Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2022**

MUNICIPIO	MUNICIPIO VECINO	TIPO DE TRANSPORTE	TIEMPO ESTIMADO DE TRASLADO ENTRE SANTANDER DE QUILICHAO Y EL MUNICIPIO VECINO	
			HORAS	MINUTOS
Santander de Quilichao	Caloto	Terrestre (11.2 KLS)		18
	Villa rica	Terrestre (19.4 KLS)		21
	Puerto tejada	Terrestre (26.2 KLS)		25
	Suarez	Terrestre (44.6 KLS)	1	4
	Buenos Aires	Terrestre (29.6 KLS)		44
	Caldono	Terrestre (36.3 KLS)	1	16

Fuente: [www.google.com.co/maps](http://www.google.com.co/maps)



## 1.2. Contexto demográfico:

### Población total:

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (en adelante CNPV 2018) para el año 2022 el municipio cuenta con 114.832 habitantes, 4.387 habitantes más que los censados en 2018.

**Densidad poblacional por kilómetro cuadrado:** El municipio tiene un área de 518 km<sup>2</sup>, según la población proyectada por el DANE para el año 2022, la densidad poblacional es de 221,6 habitantes por kilómetro cuadrado.

### Población por área de residencia urbano/rural:

El 46,3% de la población de Santander de Quilichao reside en el área urbana.

**Tabla 4. Población por área de residencia Municipio de Santander de Quilichao 2022**

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Santander de Quilichao	52914	46,1	61918	53,9	114832	46,1

Fuente: DANE- CNPV 2018

### Número de Viviendas-Hogares:

Municipio Santander de Quilichao	Total	%	Cabecera	%	Resto	%
Hogares	31.191	100	15.701	50.3	15.490	49.7
Unidades de vivienda	35.751	100	19.551	54.6	16.200	45.4

Fuente: DANE- CNPV 2018

**Grado de urbanización:** El 46,1% de la población reside en la zona urbana, la extensión territorial es de 518 km<sup>2</sup> de los cuales 8.58 km<sup>2</sup> corresponde a la zona urbana, con 19.551 viviendas y 509,42 a la zona rural, con 16.200 viviendas.

### Población por pertenencia étnica:

En el municipio de Santander predominan tres grupos étnicos los cuales están presentes en los barrios y veredas distribuidos en las siguientes proporciones: El 22,9% afrocolombiano, el 25,78% indígenas y los mestizos con un 50,58%.

**Tabla 5. Población por pertenencia étnica del Municipio de Santander de Quilichao,2022**

Autoreconocimiento étnico	Casos	%	Acumulado %
Indígena	29 604	25,78%	25,78%
Gitano(a) o Rrom	11	0,01%	25,79%
Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	11	0,01%	25,80%
Palenquero(a) de San Basilio	11	0,01%	25,80%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	26 297	22,90%	48,71%
Ningún grupo étnico	58 083	50,58%	99,29%
No informa	815	0,71%	100,00%
<b>Total</b>	<b>114 832</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: DANE- CNPV 2018.



En la zona sur del municipio de Santander de Quilichao se encuentra el mayor porcentaje de comunidades indígenas, con 4 resguardos indígenas y un cabildo urbano: Existen cuatro Consejos Comunitarios de Comunidades Negras.

#### Resguardos Indígenas:

- **Resguardo de Canoas:** Integrado por las veredas de El Águila, Vilachí, Páez, El Cóndor, California, Nuevo San Rafael, Las Vueltas, La Vetica, La Rinconada, El Parnaso y Nacedero.
- **Resguardo de Munchique los tigres:** Integrado por las veredas de El Broche, La Honda, Paramillo I y II, El Piñuelo, Los Tigres, Rio Claro, La Aurora, La Cascada, El Roblar, Loma Alta, Buenavista, Guaitalá y Arauca.
- **Resguardo de La Concepción:** Integrado por las veredas de San Isidro, Las Lajas, San Bosco, María Auxiliadora, El Mirador, Cascajal, La Concepción y La Alita.
- **Resguardo de Guadualito:** Integrado por las veredas de Alto San Francisco y Bajo San Francisco.

Los resguardos cuentan con una forma de gobierno y autoridad propia que es el Cabildo, constituido por una directiva que es elegida popularmente. La ACIN (Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca), es una organización de gobierno conjunto en la zona. Tanto los Cabildos como la Asociación son reconocidos por el Estado como entidades públicas de carácter especial, con autonomía relativa (que se ha ido ganando) para gobernar sus territorios, hacer justicia, legislar y administrar sus recursos y los transferidos por la Nación, de acuerdo con sus usos y costumbres.

#### Consejos Comunitarios de Comunidades Negras:

- **Cuenca del río Páez – Quinamayo – Curpaq:** El Carmen, Cabecera de Domingullo, La Capilla, Mandivá, Quinamayó, El Arca, Alegrías, El Tajo, El Toro, Loma del Medio, Santa Rita, Llano de Alegrías.
- **Zanjón Garrapatero:** San Francisco, La Loma, El Palmar, Ardobelas, Los Ángeles.
- **Aires de Garrapatero:** San Antonio, Taminango, Brasilia.
- **La Quebrada:** San Rafael, La Arrobleda, Quebrada I y II.

La Constitución Política de 1991, reconoció los derechos particulares de las minorías étnicas del país, y dio paso a la Ley 70 de 1993, que abrió la compuerta para la titulación de territorios colectivos para las comunidades afrodescendientes, y en su caso, para la creación de Consejos Comunitarios, como forma de organización o administración territorial.

La ACONC (Asociación de Consejos Comunitarios del Norte del Cauca) nace en el municipio de Suárez gracias a la gestión de la Fundación Cultural Afrocolombiana, la cual después de varios informes sobre violación de derechos humanos identificó algunos consejos comunitarios de la zona norte y empezó un proceso de motivación con la gente, para la conformación de otros nuevos consejos, a través de visitas a veredas y promoción de la organización. Es así como se inicia el trabajo sumándose también Santander de Quilichao, Cauca, donde en la zona norte predominan en gran porcentaje las comunidades afrocolombianas.

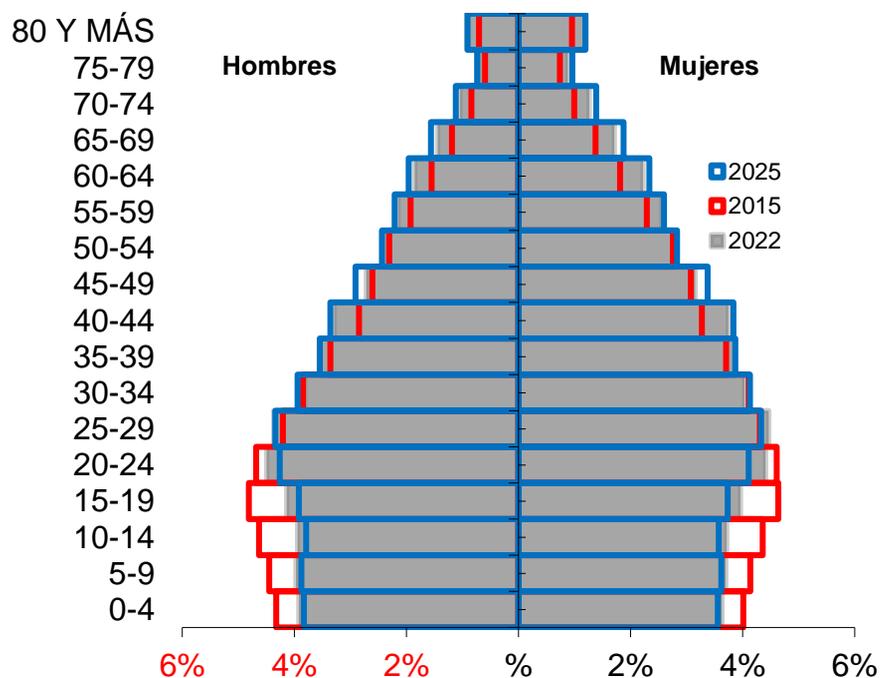


### 1.2.1. Estructura demográfica

#### Población por grupo de edad:

El análisis de la distribución poblacional por ciclo vital, tiene la finalidad de identificar qué proporción de la población se concentra en determinadas edades con el fin de identificar fortalezas y necesidades específicas acorde a las etapas del desarrollo. La pirámide poblacional de Santander de Quilichao se caracteriza por ser regresiva muestra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2022 comparado con el año 2015. Un descenso de la mortalidad asociada con el aumento de la esperanza de vida se refleja en el ensanchamiento de la población adulta. Lo anterior resalta la importancia de fortalecer estrategias de autocuidado de esta población que se encuentra en el nivel máximo de desarrollo para evitar el deterioro temprano de la salud y calidad de vida y de esta manera hacer un frente preventivo en la incidencia temprana de enfermedades crónicas no transmisibles. Se proyecta que para el año 2025 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base, aumente la población en edad económicamente productiva y la población de edades más avanzadas.

Figura 1. Pirámide poblacional del municipio de Santander de Quilichao, 2015- 2022-2025



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

Los grupos de edad que en el 2022 presentan mayor variación con relación al año 2015; son los mayores de 80 años, seguido de las personas de 60 a 79 años, con un 43% y 35% de incremento respectivamente. Lo anterior se refleja en la pirámide poblacional del municipio, y sirve como un insumo para implementar acciones que fortalezcan estilos de vida saludables y contribuyan a disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles.



**Tabla 6. Proporción de la población por grupos de edad, municipio Santander de Quilichao 2015-2022-2025**

GRUPOS DE EDAD	2015		2022		2025	
	numero absoluto	frecuencia relativa	numero absoluto	frecuencia relativa	numero absoluto	frecuencia relativa
Menores de 1 año	1655	1,64	1698	1,5	1705	1,5
De 1 a 4 años	6742	6,69	6974	6,1	6975	5,9
De 5 a 14 años	17704	17,57	17603	15,3	17461	14,9
De 15 a 24 años	18878	18,74	19521	17,0	18833	16,0
De 25 a 44 años	29871	29,65	35763	31,1	36840	31,3
De 45 a 59 años	15071	14,96	18068	15,7	19232	16,4
De 60 a 79 años	9162	9,09	12759	11,1	14029	11,9
Mayor de 80 años	1669	1,66	2446	2,1	2467	2,1
<b>Poblacion Total</b>	<b>100.752</b>	<b>100,00</b>	<b>114.832</b>	<b>100,0</b>	<b>117.542</b>	<b>100</b>

Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

El 48.7% (**55.941**) de la población son hombres y el 51.2% (**58.891**) son mujeres. La relación hombre: mujer no ha tenido variación relevante en los años analizados y no se proyectan cambios de más de un punto porcentual entre el 2020 y el 2025. Para el año 2015 por cada 96 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2022 por cada 95 hombres, hay 100 mujeres.

**Tabla 7. Proporción de la población por curso de vida, municipio Santander de Quilichao 2022**

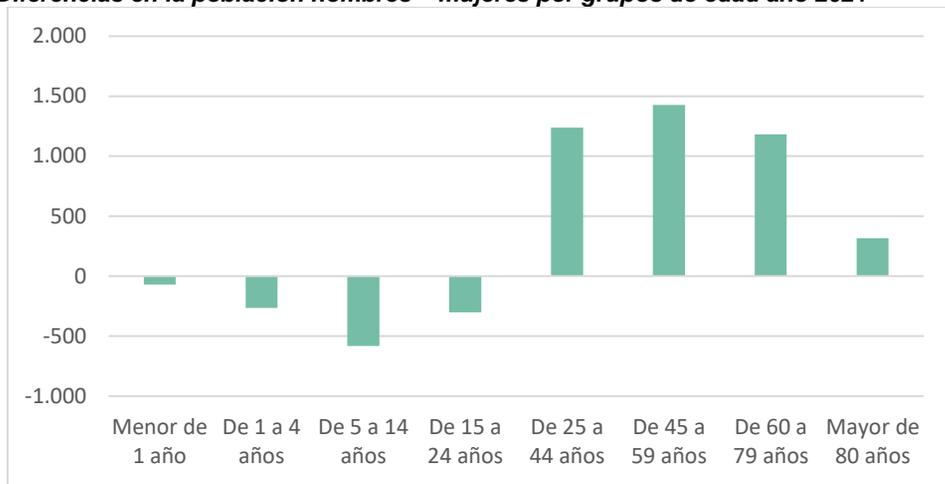
Curso de Vida	Hombres	Porcentaje Hombres	Mujeres	Porcentaje Mujeres	Total	Porcentaje Total
<b>Primera infancia 0 – 5 años</b>	5.423	9,69	5.024	8,53	10.447	9,10
<b>Infancia 6-11 años</b>	5.448	9,74	5.084	8,63	10.532	9,17
<b>Adolescencia 12- 17 años</b>	5.529	9,88	5.243	8,90	10.772	9,38
<b>Juventud 18 – 28 años</b>	11.163	19,95	11.071	18,80	22.234	19,36
<b>Adultez 29 – 59 años</b>	21.525	38,48	24.117	40,95	45.642	39,75
<b>Adulto Mayor 60 y más años</b>	6.853	12,25	8.352	14,18	15.205	13,24
<b>TOTAL</b>	<b>55.941</b>	<b>100</b>	<b>58.891</b>	<b>100</b>	<b>114.832</b>	<b>100</b>

Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

En concordancia con lo encontrado en la relación hombre-mujer, de acuerdo con la población proyectada por sexo y grupo de edad para el año 2020, en los menores de 24 años, la población de hombres es un poco mayor que la de mujeres, esta relación se invierte en todos los demás grupos en los que el número de hombres es menor que el de mujeres. Ver Figuras 2 y 3.



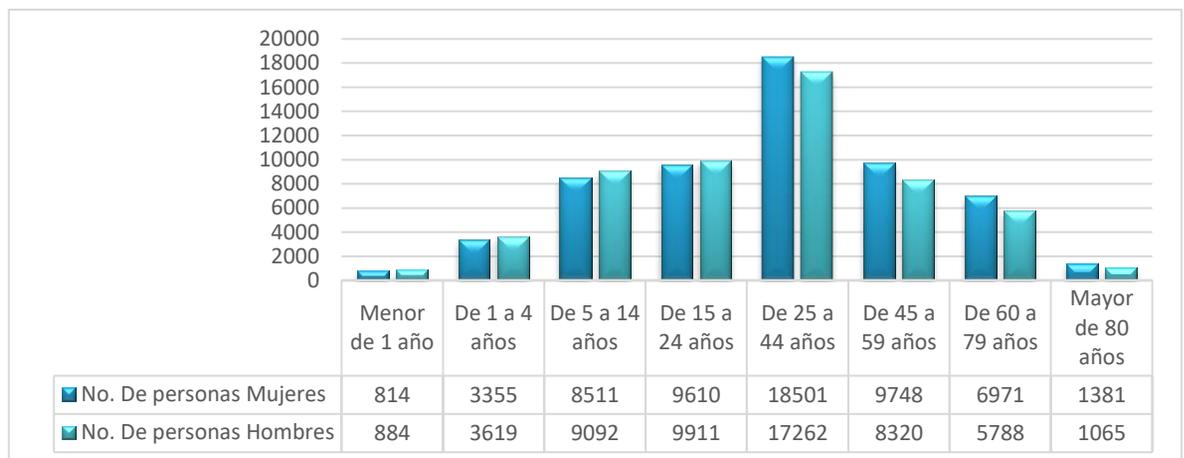
**Figura 2 Diferencias en la población hombres – mujeres por grupos de edad año 2021**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

Por otro lado, desagregando la población por edad y sexo, se observa una mayor proporción de población masculina de 0 a 24 años. A partir de esta edad se observa una mayor proporción de mujeres con respecto a hombres, siendo más notable a medida que incrementa la edad. Este fenómeno puede estar relacionado con factores de violencia, accidentes automovilísticos y autocuidado.

**Figura 3 Población por sexo y curso de vida del municipio de Santander de Quilichao, 2022**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**Otros indicadores demográficos:**

**Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Santander de Quilichao, 2015-2022- 2025**

Índice Demográfico	Año		
	2015	2022	2025
Poblacion total	100.752	114.832	117.542
Poblacion Masculina	49.227	55.941	57.234
Poblacion femenina	51.525	58.891	60.308
Relación hombres:mujer	95,54	94,99	95
Razón niños:mujer	30	27	27
Índice de infancia	26	23	22
Índice de juventud	27	26	25
Índice de vejez	7	9	10
Índice de envejecimiento	29	40	44
Índice demografico de dependencia	49,92	47,17	47,01
Índice de dependencia infantil	38,84	33,67	32,69
Índice de dependencia mayores	11,08	13,49	14,31
Índice de Friz	131,82	109,95	103,22

Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS



Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2015 por cada 96 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2022 por cada 95 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2015 por cada 30 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2022 por cada 27 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2015 de 100 personas, 26 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 23 personas
Índice de juventud	En el año 2015 de 100 personas, 27 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 26 personas
Índice de vejez	En el año 2015 de 100 personas, 7 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 9 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2015 de 100 personas, 29 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 40 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 50 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 47 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2015, 39 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2022 fue de 34 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2015, 11 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2022 fue de 13 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.

De acuerdo con los resultados del índice de friz, para el 2022 la población menor de 20 años es del 109,9% respecto al grupo de 30 y 49 años, lo que representa una población madura y este disminuyó 21,97 puntos porcentuales respecto al 2015.

### 1.2.2 Dinámica demográfica

**La Tasa Bruta de Natalidad:** El comportamiento de la tasa bruta de natalidad durante el periodo 2005 - 2020 evidencia la disminución notable de este indicador, pasando de una tasa de 20,9 en 2005 al nacimiento de 13,67 niños por cada 1000 habitantes en el año 2020.

**La Tasa de Mortalidad general:** el comportamiento de la mortalidad en el Municipio de Santander de Quilichao durante el periodo analizado no ha experimentado cambios notables.

**La Tasa de Crecimiento Vegetativo:** La tasa de crecimiento vegetativo se refiere a la relación entre los nacimientos y las defunciones en un determinado territorio y durante un cierto periodo. Si la cantidad de nacimientos es más alta que la cantidad de fallecimientos, el nivel de la población se incrementa y da lugar al crecimiento natural (o crecimiento vegetativo). En Santander de Quilichao, la tasa de crecimiento vegetativo desde el año 2005 al 2020 presenta una disminución de 8,16 con respecto al año 2005.

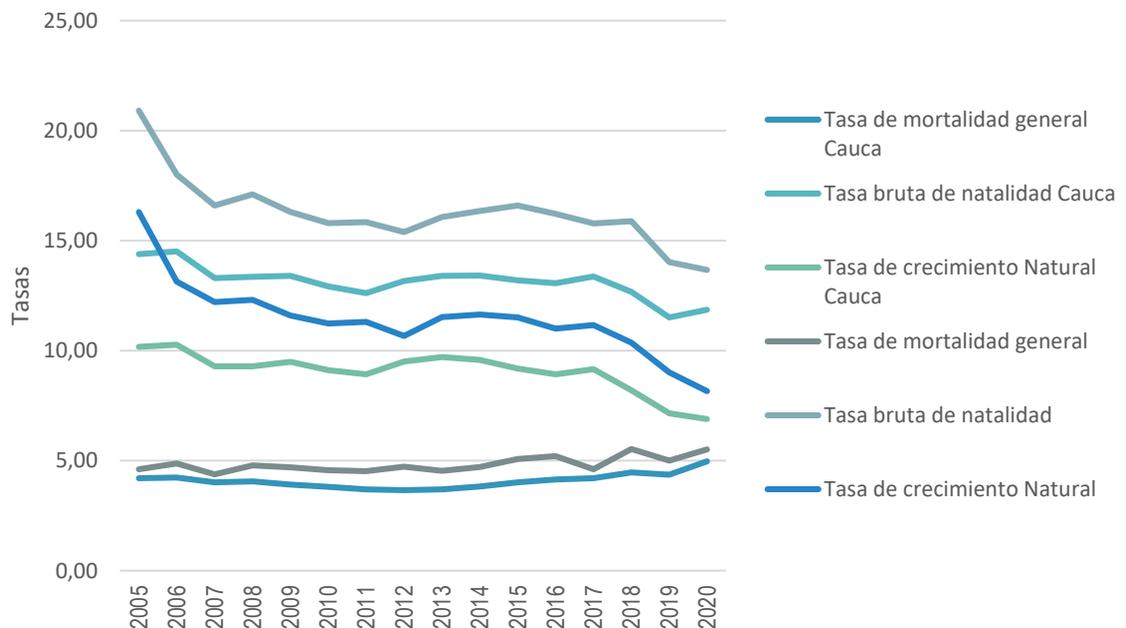


**Tabla 9. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento vegetativo comparativo departamental y municipal durante el periodo 2005 a 2020**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de mortalidad general Cauca	4,21	4,24	4,01	4,06	3,91	3,81	3,69	3,66	3,69	3,83	4,02	4,15	4,21	4,47	4,36	4,97
Tasa bruta de natalidad Cauca	14,39	14,51	13,30	13,35	13,40	12,92	12,62	13,17	13,40	13,41	13,20	13,07	13,37	12,67	11,51	11,86
Tasa de crecimiento Natural Cauca	10,18	10,27	9,29	9,29	9,49	9,11	8,93	9,51	9,71	9,58	9,18	8,92	9,16	8,20	7,15	6,89
Tasa de mortalidad general	4,61	4,87	4,38	4,79	4,70	4,57	4,53	4,72	4,54	4,71	5,08	5,21	4,61	5,53	5,01	5,51
Tasa bruta de natalidad	20,91	18,01	16,59	17,10	16,30	15,80	15,84	15,39	16,07	16,35	16,59	16,22	15,78	15,89	14,02	13,67
Tasa de crecimiento Natural	16,30	13,14	12,21	12,31	11,60	11,23	11,31	10,67	11,53	11,64	11,51	11,01	11,17	10,36	9,01	8,16

Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**Figura 4. Tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento vegetativo comparativo departamento y municipio en el municipio de Santander de Quilichao 2005 a 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**Otros indicadores de la dinámica de la población:**

Según el estudio “Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia” realizado por Profamilia en el año 2015 se clasificaron 2 grupos de determinantes y factores estructurales que inciden en este fenómeno: **Determinantes proximales:** la menarquia, el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad o las uniones tempranas, el uso de los métodos de anticoncepción, y el acceso a los servicios de salud y educación constituyen los determinantes de mayor contribución del embarazo en adolescencia. **A nivel de determinantes intermedios,** se encuentran las condiciones familiares, el abuso o violencia, el control y el dialogo entre padres o cuidadores y adolescentes y jóvenes, normas de funcionamiento del hogar, la escolaridad, la formación de calidad en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en la escuela.



A nivel de **determinantes estructurales o distales**, existe gran evidencia que explica como los ingresos del hogar, las condiciones de pobreza, la oportunidad y accesibilidad a servicios públicos, la participación en la toma de decisiones públicas y el ejercicio de la democracia en la comunidad, las normas sociales sobre sexualidad y feminidad, la masculinidad, las relaciones de pareja entre otras, constituyen los determinantes de mayor contribución en el embarazo en la adolescencia. Diferentes estudios realizados en Colombia indican que el primer coito ocurre tanto en el hombre como en la mujer a edades cada vez más tempranas. El riesgo de un embarazo involuntario es considerable ya que el uso de anticonceptivos por los adolescentes es muy bajo si se compara con el uso que refieren los grupos de 20 años y más(11).

Por las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales del embarazo en adolescentes se requiere la participación efectiva del gobierno a través del sector salud, educación y de los mismos adolescentes, en la búsqueda de soluciones efectivas para la puesta en marcha de programas en beneficio del adolescente.

**Tabla 10. Tasas de fecundidad - municipio y departamento del Cauca, periodo 2005-2020**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años Cauca	3,73	3,65	3,31	3,57	3,24	3,75	3,56	3,63	3,93	4,38	3,82	3,52	3,37	3,40	2,84	3,07
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años Cauca	81,27	83,57	73,14	72,33	71,74	70,73	68,32	71,24	72,46	70,33	70,02	67,87	69,10	62,90	55,83	56,57
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años Cauca	39,78	40,99	36,18	36,25	36,13	36,25	35,33	37,17	38,26	37,65	37,35	36,29	36,94	33,81	30,20	30,86
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	4,09	3,22	2,37	4,77	2,19	4,68	4,54	4,86	5,20	4,56	5,81	3,65	4,41	3,71	2,74	3,00
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	108,60	91,42	82,96	74,09	74,87	71,99	86,89	72,18	84,83	81,29	86,96	81,40	75,99	66,76	71,31	65,12
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años	52,07	44,35	40,71	38,50	38,30	38,69	46,75	39,79	46,81	44,73	48,15	44,06	41,42	36,13	38,50	35,43

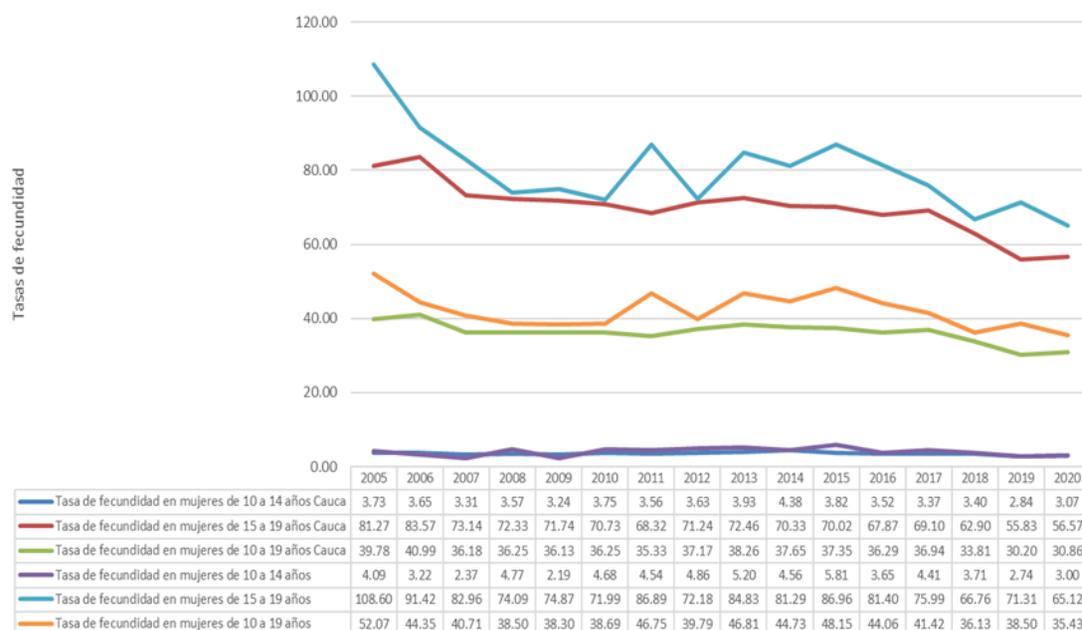
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años:** esta tasa se refiere al número de nacidos vivos de madres de 10 a 14 años durante un periodo determinado por cada 1.000 mujeres de 10 a 14 años en ese mismo periodo. Hablar de tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años es como hablar de maternidad en las niñas que apenas inician la etapa de desarrollo y cambios hormonales que la conducirán en el futuro a adquirir la madurez física, fisiológica y psicológica para ser madre. La tasa específica de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años presenta un comportamiento descendente con relación al año 2005.

**Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años:** Es importante mencionar que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 y 19 años viene presentando un descenso importante de 108.6 nacidos vivos por 1.000 mujeres en 2005 a 65.12 nacidos vivos por 1.000 mujeres en 2020. La conducta reproductiva de este grupo constituye gran preocupación, en comparación con los cambios de fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como consecuencia del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante la postergación de la primera unión.

**Tasas global y general de fecundidad en mujeres entre 10 y 19 años:** en general la tasa de fecundidad en este grupo se comporta de manera descendente, seguramente ocasionada por el comportamiento obtenido en el grupo de 15 a 19 años.

**Figura 5. Comparativo tasas específicas de Fecundidad del municipio-departamento, 2005-2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### 1.2.3. Movilidad forzada:

El desplazamiento forzado continúa siendo una evidente manifestación de irrespeto sistemático de los actores armados al Derecho Internacional Humanitario. El departamento del Cauca constituye un crisol de todos los conflictos y en donde las cifras de víctimas por violencia armada, e incluso por desastres naturales, alcanza cifras elevadas. Esta situación es el resultado de intereses que confluyen en la región en materia geoestratégica y ambiental, de manera que convierten al departamento del Cauca en una pieza clave dentro de la coyuntura nacional. Las primeras afectan los territorios de diferentes etnias y comunidades campesinas, las segundas se han traducido en un notable deterioro del medio ambiente y en una modificación de la estructura de la propiedad de la tierra, de la explotación y los cultivos, así como los espacios urbanos que reciben la población desplazada por la violencia. Santander de Quilichao es un municipio que depende en gran parte de la agricultura y la minería. La actividad minera es una actividad en auge que está generando un gran flujo de población migrante y un sin número de conflictos ambientales, étnicos y sociales(12).

Los grupos paramilitares y guerrilleros, junto con las bandas criminales, son los responsables directos de provocar los desplazamientos masivos. Los paramilitares en lucha contra las guerrillas, consideraron a la población civil como objeto militar y no dudaron en usar contra ella la violencia, esto lo rebela un informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Por otra parte, los acuerdos y la política de Seguridad Democrática, fundamentada en la inversión militar, la toma de posiciones del ejército en las zonas estratégicas y el fortalecimiento de las medidas de seguridad, quedan en entredicho si se examinan detalladamente las estadísticas, en las que el número de los que se desplazan es mucho mayor que los que logran retornar a sus tierras(13).



De acuerdo con la información disponible en el Registro Único de Víctimas, en diciembre de 2022 se tenían identificadas 18.533 personas en condición de víctima, de las cuales 16.047 se identifican como víctimas de desplazamiento forzado, representando el 84,4% de este grupo poblacional. Según estos datos se encuentra un gran número de población entre los 5 y 44 años, lo que invita a reflexionar sobre proyectos y programas encaminados a mejorar la situación escolar y el desempeño laboral para este grupo poblacional. El desplazamiento forzoso es un problema social que se relaciona con las condiciones socioeconómicas de los lugares donde se originan. La situación de desplazamiento forzado se agudiza a diario en algunos sectores propiciando situaciones de pobreza crítica.

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. Aun cuando el municipio no es uno de los azotados por el conflicto, si se constituye en municipio receptor de los municipios vecinos.

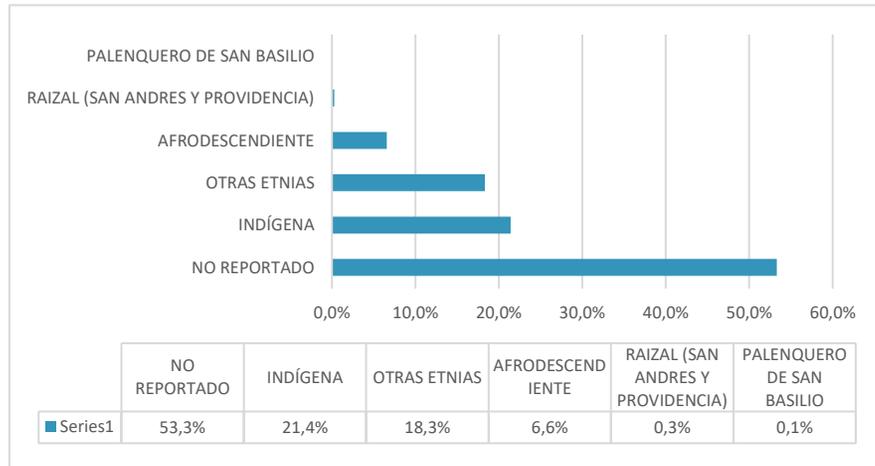
**Tabla 11. Población en condición de víctima por grupo de edad, sexo, municipio de Santander de Quilichao, 2022**

EDAD	MUJERES	PORCENTAJE	HOMBRES	PORCENTAJE	NO REPORTADO	PORCENTAJE	TOTAL	%
De 0 a 4 años	115	1,14	116	1,37		0,00	231	1,25
De 05 a 09 años	514	5,12	485	5,72		0,00	999	5,39
De 10 a 14 años	724	7,21	788	9,29		0,00	1.512	8,16
De 15 a 19 años	844	8,40	867	10,22	2	50,00	1.713	9,24
De 20 a 24 años	951	9,47	831	9,79	2	50,00	1.784	9,63
De 25 a 29 años	944	9,40	855	10,08		0,00	1.799	9,71
De 30 a 34 años	954	9,50	720	8,49		0,00	1.674	9,03
De 35 a 39 años	804	8,00	652	7,68		0,00	1.456	7,86
De 40 a 44 años	852	8,48	641	7,55		0,00	1.493	8,06
De 45 a 49 años	709	7,06	531	6,26		0,00	1.240	6,69
De 50 a 54 años	675	6,72	513	6,05		0,00	1.188	6,41
De 55 a 59 años	497	4,95	429	5,06		0,00	926	5,00
De 60 a 64 años	451	4,49	293	3,45		0,00	744	4,01
De 65 a 69 años	330	3,29	254	2,99		0,00	584	3,15
De 70 a 74 años	234	2,33	182	2,14		0,00	416	2,24
De 75 a 79 años	160	1,59	121	1,43		0,00	281	1,52
De 80 años o más	286	2,85	206	2,43		0,00	492	2,65
No Definido		0,00	1	0,01		0,00	1	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>10044</b>	<b>100</b>	<b>8485</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>18.533</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Registro Único de Víctimas – RUV - Fecha de consulta 12/2022

La grafica 6, muestra que la pertenencia etnia de la población víctima de violencias con mayor proporción es la clasificada como no reportada (53,3%), seguido de indígena (21,4%), otras étnicas (18,3%), afrodescendiente (6,6%), raizal (0,3% y palenquero (0,1%). Lo anterior, indica que la población indígena es la más afectada con respecto a las demás etnias, sin embargo, hay un importante porcentaje sin información lo que deduce que no se indaga sobre este importante componente.

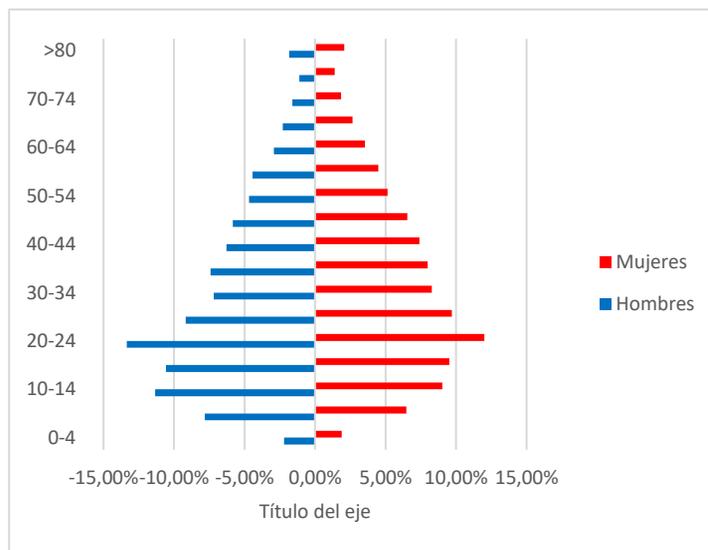
**Figura 6 Pertenencia étnica de la población en condición de víctima 2022, auto reconocimiento étnico del municipio.**



Fuente: Registro Único de Víctimas – RUV - Fecha de consulta 12/2022

La pirámide poblacional en condición de víctima es regresiva muy similar a la población en general, tanto en hombres como mujeres con un estrechamiento en su base para el año 2022. Hay mayor proporción de jóvenes víctimas de violencia muestra en la gran importancia de fortalecer los programas sociales en este grupo poblacional.

**Figura 7. Pirámide de población en condición de víctima por grupo de edad, sexo, Santander de Quilichao, 2022**



Fuente: Registro Único de Víctimas – RUV - Fecha de consulta 12/2022

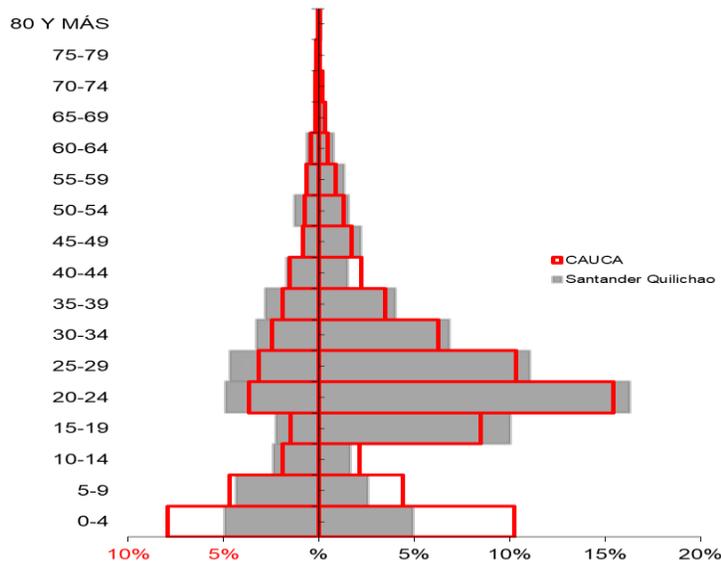
#### 1.2.4. Dinámica Migratoria

La dinámica migratoria representa entre otras circunstancias las necesidades de los individuos de huir de su lugar de origen, por conflictos internos, violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos, catástrofes naturales, persecución estatal o simplemente la ilusión de mejorar sus condiciones de vida. El fenómeno de la migración constituya una situación compleja enmarcada en múltiples dimensiones, que pone a la institucionalidad frente al reto de aplicar o generar políticas públicas que fortalezcan el desarrollo integral de estos nuevos habitantes en Santander de Quilichao. Para el año 2021



En los últimos años, la dinámica migratoria en Santander de Quilichao, como en Colombia experimenta cambios significativos principalmente por el volumen de personas que ingresan al municipio proveniente de otras regiones del país y de Venezuela. En la figura 8, se observa cómo el 65,14% de la población migrante se ve representado por el sexo femenino, el 34,86% lo ocupa el sexo masculino.

**Figura 8. Pirámide Poblacional migrantes 2022 Santander de Quilichao**



Fuente: Reporte información circular 029. Consultado en SISPRO 11/07/2022

### Conclusiones y observaciones generales:

Frente a las cifras, indicadores e índices expuestos sobre el estado y la dinámica poblacional quilichagüeña, puede concluirse que los principales hallazgos son:

- El municipio de Santander de Quilichao tiene 114.832 habitantes y cuenta con una extensión territorial de 518km<sup>2</sup>, de los cuales 8,58 km<sup>2</sup> corresponden a la zona urbana, y 509,4km<sup>2</sup> a la zona rural.
- Santander de Quilichao al igual que otros municipios del país hace parte de un proceso de transición demográfica pasando de grandes grupos de población en edades infantiles y juveniles y un escaso número de población en edades maduras y longevas a una estructura denominada revolución reproductiva donde básicamente crecen los grupos de edades maduras y longevas disminuyendo los grupos de menor edad. La dinámica demográfica en general es consecuencia directa de cambios socioeconómicos, políticos, culturales y tecnológicos que conllevan una mayor supervivencia generacional.
- En Santander de Quilichao se observa que la mayor proporción de población se encuentra en edad económicamente activa, lo que implica el fortalecimiento por parte del Estado de programas educativos a nivel técnico y universitario que suplan las necesidades de talento humano que se requiere según la oferta laboral, así como también los proyectos de generación de oferta laboral, teniendo en cuenta que uno de los determinantes sociales que influyen en el estado de la salud y bienestar de la población, es la actividad económica que se desempeña y los niveles de ocupación.
- Existe una mayor proporción de población masculina de 0 a 24 años, periodo en el que se comienza a observar el mayor número de población femenina en el resto de los



grupos de edad. Este comportamiento se relaciona con violencia, conductas no saludables en la población masculina que tiene cierta afinidad al riesgo y poco autocuidado.

- En el municipio se encuentra población perteneciente a la etnia indígena (25,78%) y afrodescendientes (22,9%), siendo el mayor porcentaje 50,58% de la población perteneciente a otras etnias. Lo anterior invita a reconocer y aceptar el pluralismo cultural como una realidad social, que contribuya a la instauración de una sociedad de igualdad de derechos y de equidad, las políticas públicas deben ir encaminadas a fortalecer las relaciones interétnicas.
- El embarazo en la adolescencia ha presentado un comportamiento descendente los últimos años, los determinantes sociales y factores proximales que condicionan la aparición de este evento son: la menarquia, inicio temprano de las relaciones sexuales, unión temprana, el uso de métodos de planificación familiar, y el acceso a servicios de salud y educación. Los determinantes intermedios, son las condiciones familiares, la violencia o el abuso, el control y el dialogo entre los integrantes de la familia, la formación en salud sexual y reproductiva en la escuela. Los determinantes distales son: la pobreza, acceso y oportunidad a servicios públicos, participación ciudadana en la toma de decisiones pública, la relación de pareja, la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida.
- Uno de los fenómenos más llamativos a nivel nacional, departamental y regional es el incremento de la población adulta mayor, situación que debe llevar al desarrollo de estrategias para la generación de empleos dignos que contribuyan a reducir la informalidad laboral, el fortalecimiento de los fondos de pensiones y el sistema de protección social, así como programas que garanticen el bienestar de una población que tiene derecho a una vejez digna e integral.



## **CAPÍTULO II**

ABORDAJE  
DE LOS EFECTOS  
DE SALUD  
Y SUS DETERMINANTES





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

Se realizó el análisis de la mortalidad por las grandes causas, específica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales. El análisis incorporó variables que causan gradientes como el sexo, el nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

### 2.1. Análisis de la mortalidad

Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregó por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible (2020) según información del DANE y SISPRO.

#### 2.1.1. Mortalidad general por grandes causas - Ajuste de tasas por edad

El análisis de mortalidad general por grandes causas se hizo por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo. En las siguientes figuras se muestran las tasas de mortalidad ajustada por edad según los grupos definidos por la OPS en la lista 6/67.

Entre los años 2005 y 2020, sobresalen las enfermedades del sistema circulatorio, como la principal causa de muerte con una tasa de 138.1 muertes por cada cien mil habitantes en 2005 y de 131,17 para el año 2020. La alta tasa de mortalidad por este grupo de enfermedades está relacionada con la baja eficiencia y cobertura de las acciones de protección específica y detección temprana, y también a la ausencia de políticas públicas que promueven la cultura de la actividad física, hábitos nutricionales saludables y el control de los factores de riesgo.

En segundo lugar, se encuentra la mortalidad por causa externa, para el periodo comprendido entre los años 2005 y 2018 se evidencia un pico importante en el año 2008 donde la tasa alcanzó un valor de 163,99 muertes por cada cien mil habitantes. En relación con el año 2005 en el que la tasa fue de 102,90 muertes por cien mil habitantes, se observa una tasa para el 2020 de 114,92 muertes por cien mil habitantes. Dentro de las causas externas los homicidios representan la mayor proporción de muertes en el municipio, seguido de las muertes por accidente de tránsito.

El norte del Cauca es un corredor de disputa por el control del tráfico de drogas y la movilidad de armas, hecho que intensifica el conflicto interno en el municipio y se manifiesta en un elevado número de homicidios. Santander de Quilichao, tal como ocurre a nivel nacional se ve afectado por la producción, comercialización y sobre todo consumo de



drogas, problema que crece a pasos agigantados generando inseguridad en la comunidad, también afecta el desescalamiento del conflicto armado que trae el traslado de la violencia a los centros urbanos.

El grupo de las demás causas se ubica en el tercer lugar de la mortalidad, este grupo incluye 14 causas en las que se encuentran la diabetes, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias entre otras. Este grupo de causas presenta una tendencia al descenso, con respecto al año 2005 presentó una disminución de 45 muertes por cada 100 mil habitantes, encontrándose un leve incremento de 6.94 en la tasa ajustada con respecto al año anterior.

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias presentan un importante aumento en su prevalencia y mortalidad a nivel mundial. El tabaquismo es el principal factor de riesgo para desarrollar EPOC, el riesgo aumenta a medida que aumenta el consumo de tabaco, también se ha identificado la exposición a biomasa y otros combustibles para uso en calefacción o cocina como factor de riesgo para EPOC, la exposición a factores contaminantes como el ozono, las partículas de suspensión (PM), monóxido de carbono (CO), dióxido de sulfuro (SO<sub>2</sub>), dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>) son los contaminantes más asociados con este grupo de enfermedades que limitan el flujo de aire en los pulmones.

El grupo mortalidad por neoplasias en los últimos 14 años presenta un comportamiento ascendente, para el año 2020 la tasa fue de 74,61 por cada cien mil habitantes. Cifras preocupantes si se considera que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, más aún si se tiene en cuenta que en nuestro país debido a las diferentes barreras del sistema de seguridad social, la detección de estas patologías en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamientos son problemas muy frecuentes.

Dentro de este grupo el tumor maligno de próstata asociado a los comportamientos sexuales inadecuados, poca adherencia al examen con tacto de próstata por temas culturales conlleva a que las personas no acudan oportunamente a la identificación del riesgo. En segundo lugar, el tumor maligno de estómago, influye el alto consumo de alimentos procesados, con preservantes y colorantes afectando la mucosa gástrica, por otra parte, algunas zonas rurales de la población consumen el agua de fuentes hídricas con altos contenidos de metales pesados y también la minería ilegal (mercurio) y los altos niveles de stress y ansiedad en la población. Como tercera causa de este grupo está el tumor maligno de la mama de la mujer, lo que indica que las estrategias para incentivar a las mujeres a realizarse el examen no están dando resultado, otro aspecto a tener en cuenta es que cada vez a más temprana edad empiezan a utilizar métodos de planificación familiar sobre todo anovulatorios orales o implantes subdérmicos lo que podría predisponer al cáncer.

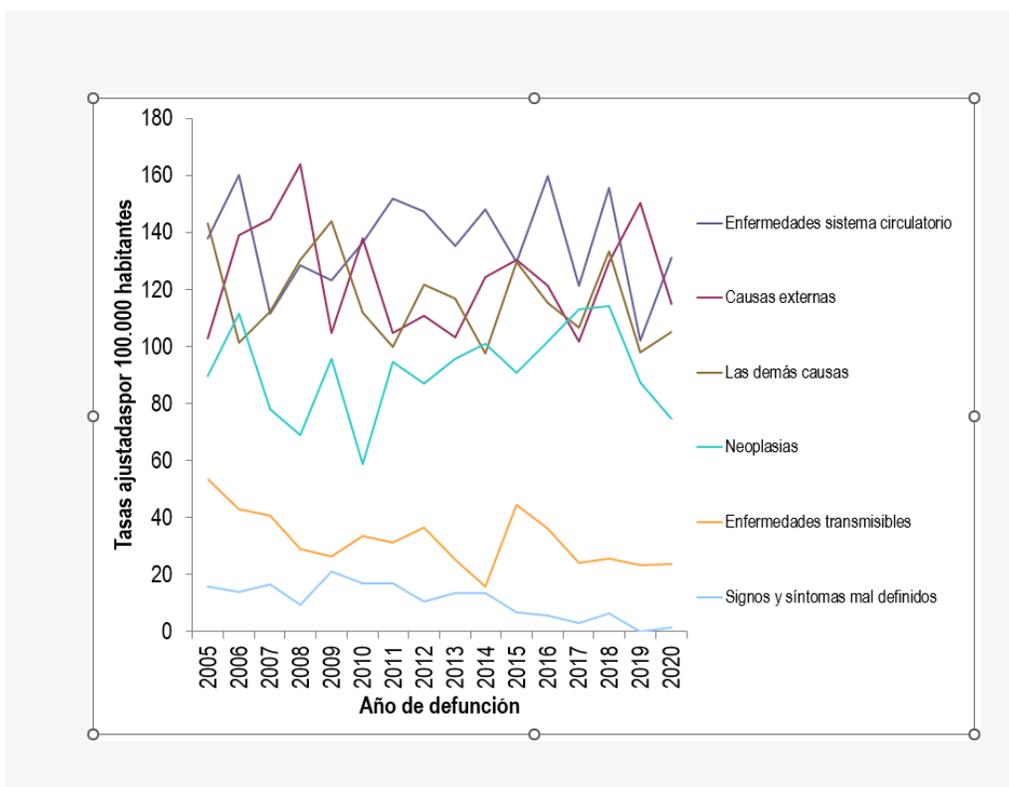
El grupo de las enfermedades transmisibles ocupa el quinto lugar, presenta una tendencia al descenso con una tasa de 23, 2 muertes por cien mil habitantes, con respecto al año 2005 disminuyó 30,3 en la tasa ajustada y en relación con el 2018 disminuyó 2,5 en la tasa ajustada por cada 100 mil habitantes. Dentro de este grupo las infecciones respiratorias



agudas ocupan el primer lugar; el cambio brusco de temperatura, la automedicación, sobre todo el abuso de antibióticos conlleva a que haya resistencia y se compliquen los resfriados llevándolos a neumonías, la falta de medidas preventivas de autocuidado como el uso de tapabocas y lavado de manos. Las enfermedades infecciosas intestinales ocupan el segundo lugar, debido a la baja cobertura de acueducto y alcantarillado, la inadecuada disposición de excretas sobre todo en zona rural y la falta de higiene de manos. Otra causa importante es la tuberculosis presentando multiresistencia, debido a la falta de adherencia al tratamiento lleva a que el esquema de tratamiento no de los resultados esperados también influye la enfermedad del VIH (sida), muchos de estos pacientes mueren por tuberculosis. La enfermedad del VIH (sida) ocupa el quinto lugar en este grupo de transmisibles, una de las causas es que Santander de Quilichao cuenta con alta población habitante de calle, consumidora de sustancias psicoactivas, de fácil acceso a bajos costos, de igual manera la falta de acciones de promoción y prevención.

El grupo de los signos y síntomas mal definidos presenta un descenso importante en la mortalidad, el pico más alto en el año 2009 con una tasa ajustada de 20,9.

Figura 9 Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

En los **hombres**, la primera causa de muerte son **las causas externas** que alcanzaron tasas de hasta de 302,1 muertes por cien mil habitantes en el año 2008 y de 204,19 muertes por cien mil habitantes en el año 2020, en relación con el año 2005 se presenta un aumento de 2,58 en la tasa ajustada por cada cien mil hombres y una disminución de 59,26 en relación con el año anterior.

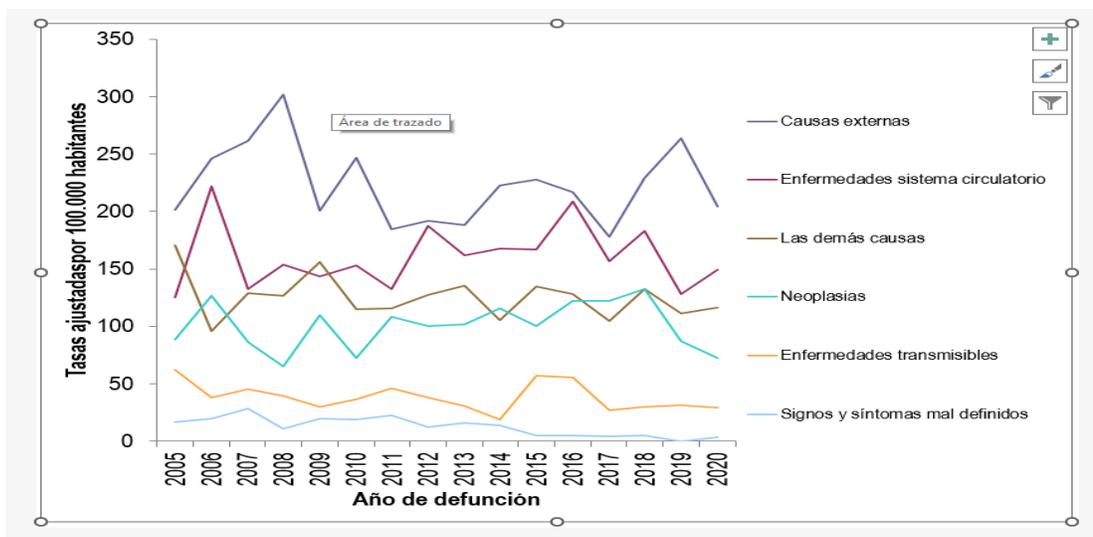
El segundo lugar lo ocupan las **enfermedades del sistema circulatorio** con una tasa de 128,3 muertes por cada cien mil hombres. Este grupo de enfermedades alcanzaron tasas hasta de 221,9 en el año 2006 y 208,45 en el año 2016, con respecto al año 2005 la tasa ajustada por cada 100 mil hombres aumento en 24,76 con respecto al año anterior.

El grupo las **demás causas** al inicio del periodo presento los picos más altos y bajos en la tasa ajustada por cada 100 mil hombres de 170,7 en el año 2005 y 95,6 en el año 2006, su comportamiento es fluctuante con un descenso en la tasa ajustada de 59,3 con respecto al año 2005 y un incremento de 4,63 en la tasa ajustada con respecto al año anterior.

**Las neoplasias** son la cuarta causa de muerte en hombres y presenta tendencia al aumento con un pico máximo en el año 2018 de 132,8 y mínimo 65,3 en el año 2008 en la tasa ajustada por cada 100 mil hombres, con respecto al año 2005 disminuyó en 1,4 y al año anterior en 14,59 la tasa ajustada por cada 100 mil hombres.

El quinto lugar lo ocupan **las enfermedades transmisibles**, presenta un descenso importante frente al año inicio de periodo 2005 con una disminución de la tasa ajustada de 31,1 muertes por cien mil hombres y una disminución de 2,2 frente al año anterior.

**Figura 10 Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS



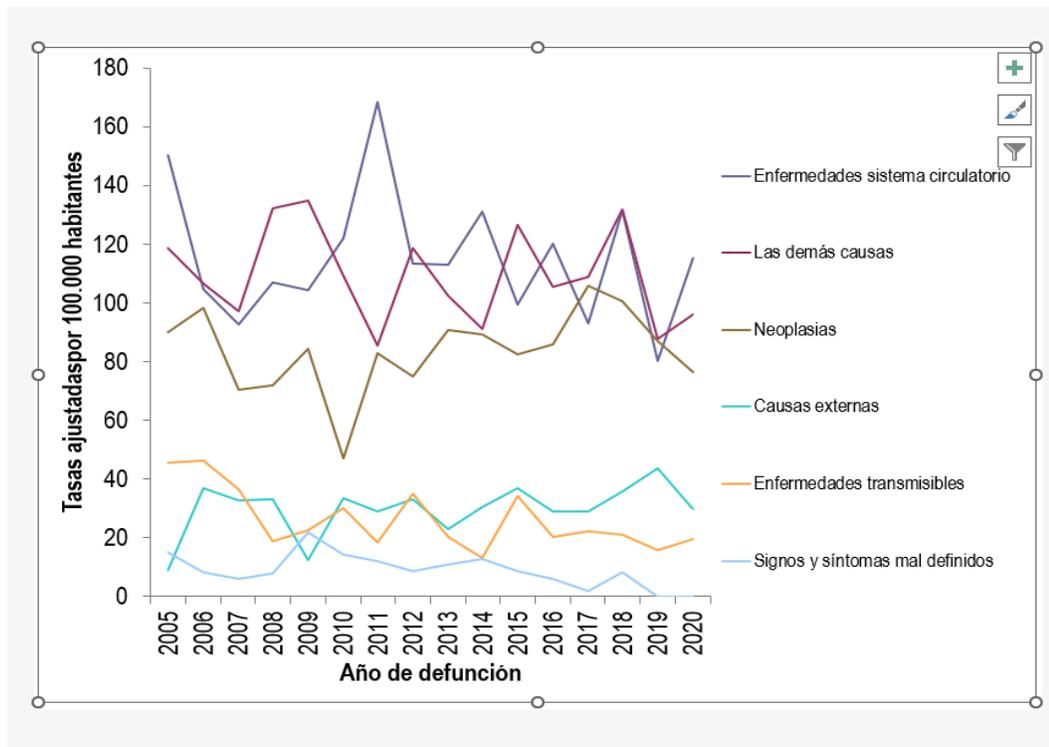
En las mujeres, la primera causa de muerte durante el periodo 2005 al 2020 fueron las enfermedades del sistema circulatorio con un comportamiento fluctuante y tendencia al descenso, un pico máximo en el año 2011 de 168,4 en la tasa ajustada y un pico mínimo en el año 2020 de 115,36 en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres, con respecto al año 2005 se observa una disminución de 34,95 en la tasa ajustada, de igual manera se observa un incremento de 34,47 en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres con respecto al año 2019. Las demás causas ocupan el segundo lugar con un comportamiento descendente de 28,54 con respecto al año 2005 y de igual manera presenta una tendencia ascendente con respecto al año 2019 de 2,43 en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres.

El grupo de las neoplasias ocupa el tercer lugar de mortalidad en las mujeres, alcanzando su pico más alto en 2017 con una tasa de 105,98, con respecto a inicio de periodo se observa una disminución de 13,78 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres, y de igual manera un descenso de 10,4 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres en relación con el año anterior. El grupo de las causas externas asciende al 4 lugar, con un pico máximo de 43,6 en el año 2019 y un mínimo de 9,17 en el año 2005 en la tasa ajustada, para el 2020 se encuentra un incremento de 20,5 en la tasa ajustada con respecto al año 2005, y descenso de 13,94 en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres en comparación con el año 2019.

Las enfermedades transmisibles son la quinta causa de mortalidad; presentó picos máximos en los años 2005-2006, este grupo presenta un comportamiento fluctuante con tendencia al descenso y una disminución en la tasa ajustada por cada 100 mil mujeres de 26,06 con respecto al año 2005 y ascenso de 3,76 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres frente al año 2018. Los signos y síntomas mal definidos son la sexta causa de mortalidad en las mujeres, presentó el pico más alto en el año 2009 de 21,98 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres, con respecto al inicio de periodo se observa una tendencia descendente de 29,8 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres y descenso al 0,0 en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres en relación con el año anterior.



Figura 11 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

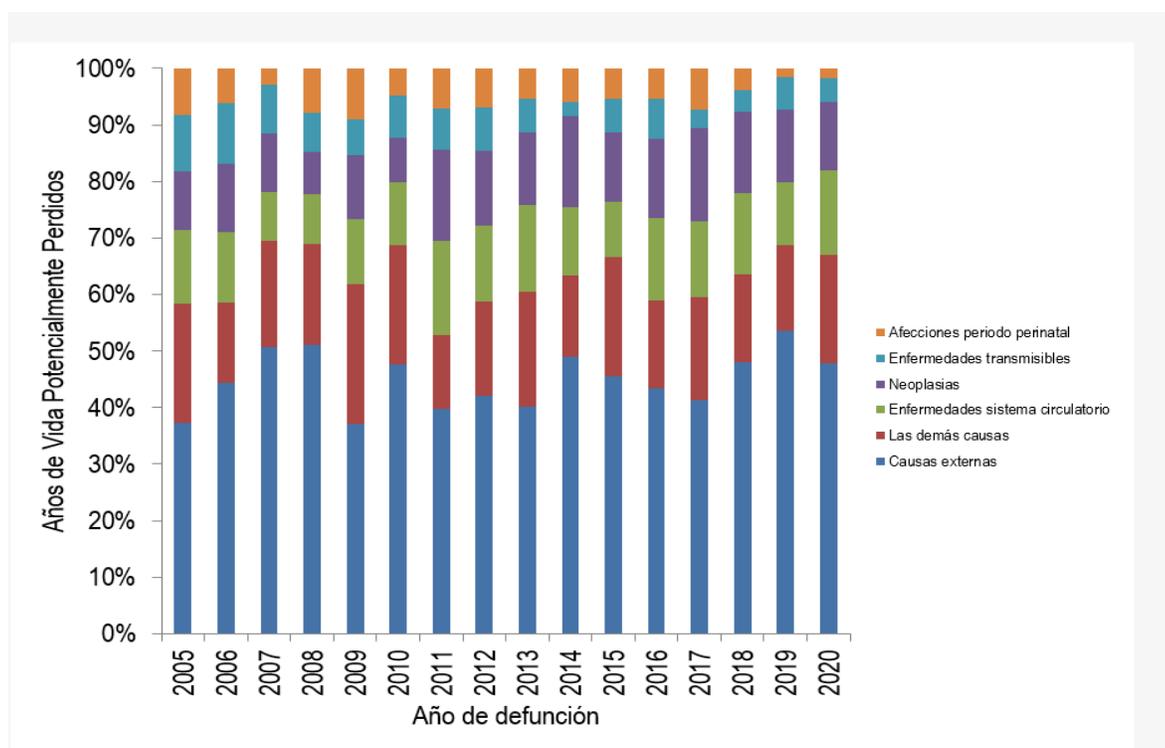
Los años de vida potencial perdidos se definen cómo el número de años que deja de vivir una persona debida a una muerte prematura, es decir, aquélla que se produce por una u otra causa antes del límite de vida establecido y se constituyen una medida de la carga de la enfermedad en una población determinada, es decir, evidencian el peso que tienen las diferentes causas de mortalidad en el perfil de morbimortalidad.

Como se analizó anteriormente, el mayor riesgo de morir en Santander de Quilichao por los 6/67 grupos de causas está dado por las enfermedades del sistema circulatorio, pero si analizamos los años de vida potencialmente perdidos como indicador de mortalidad prematura, observamos que el mayor número de años potencialmente perdidos lo aportan **as causas externas**, con el 47,5% del total, presentando una disminución de 5,97% frente al año anterior. es inquietante que continúen las causas externas aportando a la mayoría de AVPP, ya que son prevenibles y afectan a grupos poblacionales económicamente productivos afectando no solo el núcleo familiar sino el desarrollo económico y social del municipio.



Las **demás causas** son el segundo grupo que aporta el mayor número de AVPP, representan el 19,05% del total AVPP para el periodo analizado. El tercer grupo de mortalidad que aporta el mayor porcentaje de AVPP son **las enfermedades cardiovasculares** que aportan el 14,7% del total de AVPP. **Las neoplasias** ocupan el cuarto lugar con un 12,0% del total de AVPP. En quinto lugar, las **enfermedades transmisibles**, que, aunque presentan un comportamiento descendente, representan el 4,2% de AVPP en el periodo analizado, por **último, los signos y síntomas mal definidos**.

Figura 12 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas TOTAL lista 6/67 municipio de Santander de Quilichao, 2007 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

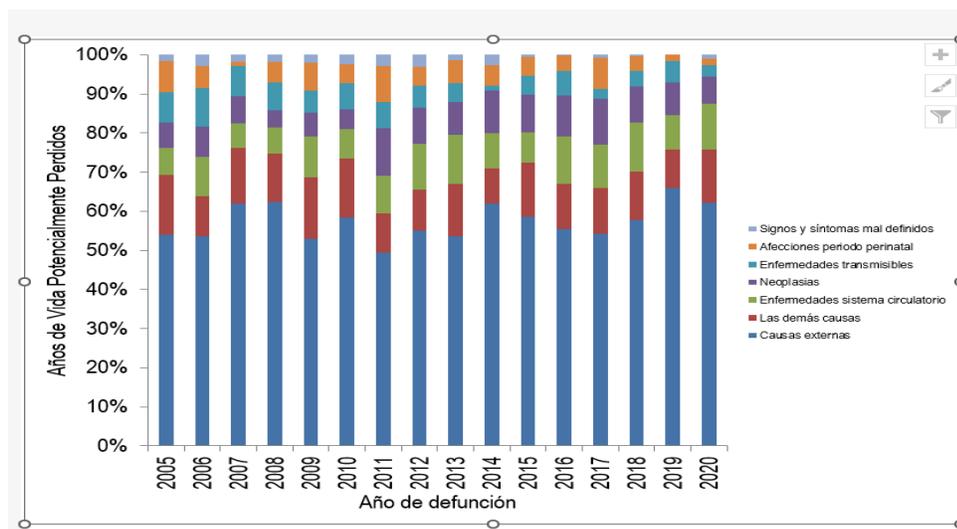
Para los 16 años analizados, los AVPP en hombres están dados por **las causas externas**, aportando el 62,08% del total de AVPP con tendencia descendente frente al año 2019. Esta cifra alerta sobre un problema de salud pública que da cuenta que son los hombres quienes mueren a edad temprana, por causas evitables como son, los homicidios, accidentes de tránsito, suicidios, entre otros. A diferencia en las mujeres, la causa que aporta el mayor porcentaje de AVPP son las demás causas con el 29,82%, mientras que para los hombres este grupo se encuentra en el segundo lugar.

En segundo lugar, las **demás causas** en el grupo de los hombres con 13,76 del total de AVPP en el periodo analizado y una tendencia descendente frente al año 2019. En relación con las mujeres la segunda causa de mortalidad que más aporta AVPP son las neoplasias con 22,36% de la totalidad de AVPPP.

Durante el periodo analizado las **enfermedades del sistema circulatorio** aportan la tercera mayor cifra de AVPP para hombres, al igual que en las mujeres.

Las **neoplasias** se ubican en el cuarto lugar para los hombres, y las **causas externas** en la cuarta posición para las mujeres, siendo responsables para el 2020 de la pérdida del 6,9% y 17,9 % del total de AVPP respectivamente. Las **enfermedades transmisibles** ocupan el quinto lugar en el grupo de los hombres con una tendencia descendente, representando el 2,9% del total de AVPP, al igual que en el grupo de las mujeres con el 6,8% del total de AVPP. **Las afecciones periodo perinatal** ocupan en hombres y mujeres el sexto lugar, con 1,7% y 1,8% respectivamente del total de AVPP para el periodo analizado.

**Figura 13 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



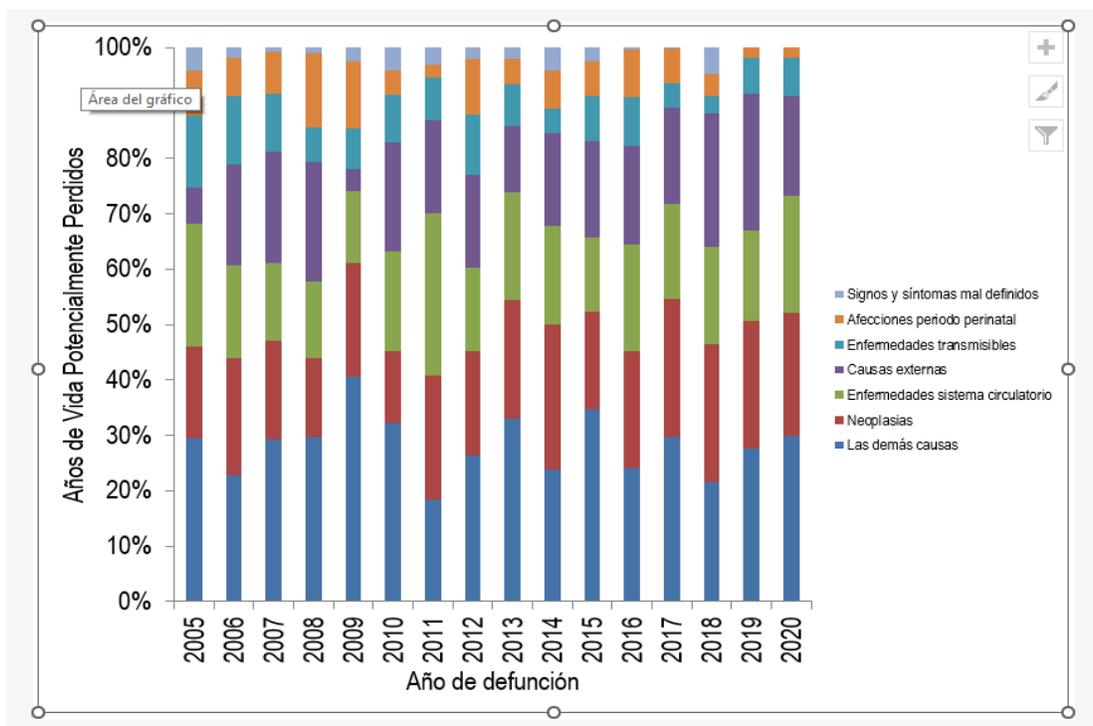
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

Para los 15 años analizados, los AVPP en las mujeres están dados en primer lugar por las **demás causas**, aportando el 29,8% del total de AVPP con tendencia ascendente frente al año 2018.

En segundo lugar, las **neoplasias** con 22,3 % del total de AVPP en el periodo analizado y un comportamiento constante frente al año 2019. Durante el periodo analizado las **enfermedades del sistema circulatorio** aportan la tercera mayor cifra de AVPP para las mujeres.



Figura 14 Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

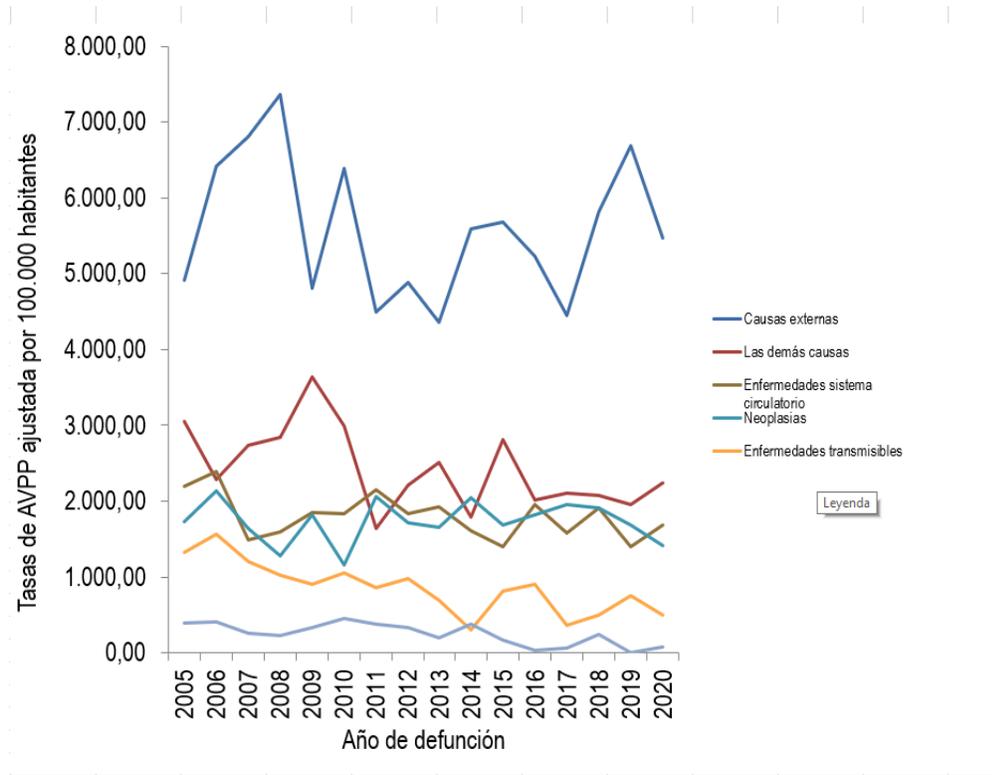
### Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP

Las mayores causas de mortalidad prematura son debidas a causas externas con una tendencia al aumento, las tasas de AVPP ajustados por edad evidencian para Santander de Quilichao la presencia simultánea de características de comunidades con problemas de violencia o inequidad social seguido del grupo de las demás causas y enfermedades del sistema circulatorio.

En el 2020 las **causas externas** ocupan el primer lugar con una tasa ajustada de 5470,7 AVPP por cien mil habitantes, el segundo lugar lo ocupa el grupo de las **demás causas** con una tasa ajustada de 2233,7 AVPP por cien mil habitantes, en el tercer lugar se ubican **las enfermedades del sistema circulatorio** con una tasa de 1.684,67, las **neoplasias** ocupan el cuarto lugar con un comportamiento fluctuante y una tasa ajustada de 1409,2 AVPP por cien mil habitantes. En quinto lugar, las enfermedades transmisibles con una tasa ajustada de 504,3 AVPP por cien mil habitantes.



Figura 15 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE SISPRO-MSPS

### Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

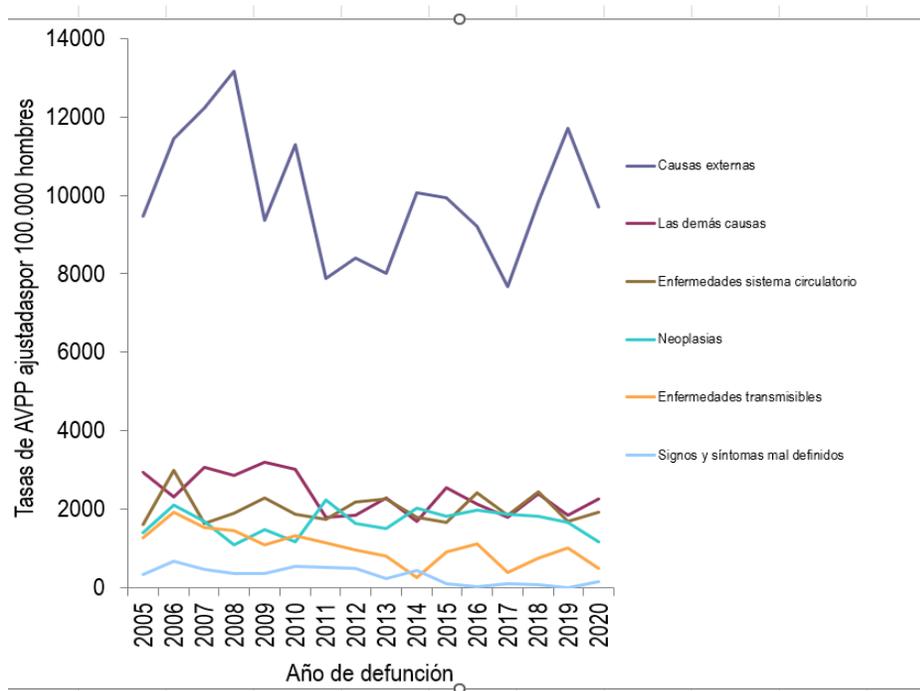
Para el periodo comprendido entre los años 2007 a 2020, **las causas externas** dentro de las que se incluyen accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, fueron las causantes del mayor número de años de vida potencialmente perdidos en la población de Santander de Quilichao, alcanzando una tasa de 9713,3 años de vida por cada cien mil hombres durante el año 2020. Sin embargo, cabe resaltar que en relación con el 2008 se presenta una disminución considerable, ya que en aquel año la tasa de AVPP fue de 13152,7 años de vida por cada cien mil hombres.

La segunda causa **las demás causas** (Enfermedades crónicas de las vías respiratorias, Diabetes Mellitus) son las causantes de la pérdida de 2272,1 años de vida perdidos por cada cien mil hombres para el año 2020.

En 2020 la tercera causa de pérdida de años de vida potencial son las **enfermedades del sistema circulatorio** con un total de 1.939,66 años de vida perdidos por cada cien mil hombres en el 2019, una diferencia significativa en relación con 2455,3 años de vida perdidos por cien mil hombres en 2018. **Las neoplasias** ocupan el cuarto lugar y son las responsables de 1.180,10 años de vida perdidos por cada cien mil hombres. Las

**enfermedades transmisibles** son responsables de 501,33 años de vida perdidos por cien mil hombres en 2020.

**Figura 16 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE SISPRO-MSPS

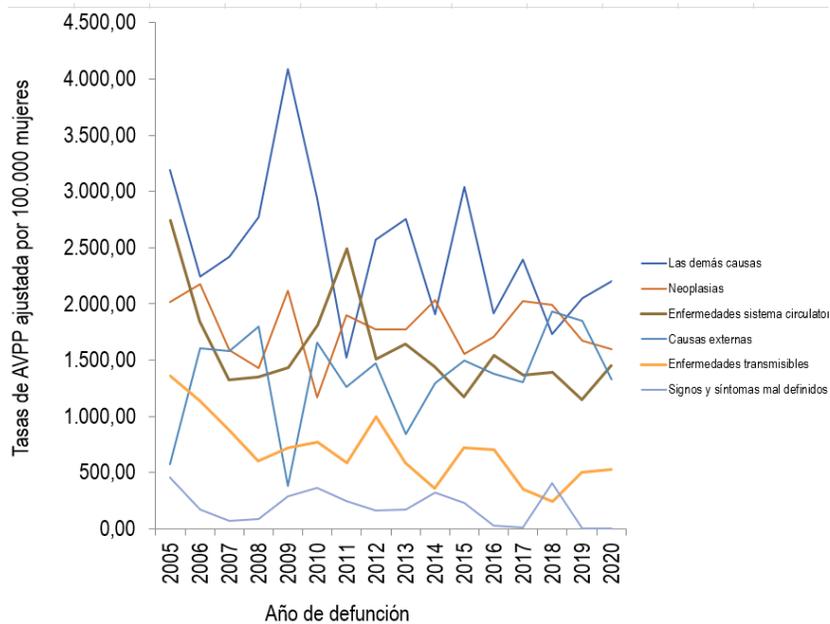
### Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

Durante el periodo comprendido entre los años 2007 y 2019, el grupo de **las demás causas** fue el responsable de la mayor cantidad de años perdidos entre la población femenina del municipio de Santander de Quilichao, siendo el causante de la pérdida de 2047,4 años de vida por cada cien mil mujeres durante en el año 2019. La tasa de AVPP por esta causa aumentó 315,5 años en la tasa ajustada por cien mil mujeres con relación al 2018.

Por otra parte, **las neoplasias** ocupan el segundo lugar, siendo las responsables de la pérdida de 1672,1 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres. La tercera causa de perdida de años de vida potencial son las enfermedades **del sistema circulatorio**, con un total de 1144,8 años de vida perdidos por cada cien mil mujeres para el año 2019.

En el cuarto y quinto lugar entre las causas de años de vida potencial perdidos por cada cien mil mujeres lo ocupan las causas externas y las enfermedades transmisibles, responsables de 1845,6 AVPP y 500,9 AVPP respectivamente por cada cien mil mujeres durante el año 2019. (véase figura 17)

**Figura 17 Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE SISPRO-MSPS

### 2.1.1. Mortalidad específica por subgrupo – Tasas Ajustadas

#### Enfermedades transmisibles

A continuación, se realiza un análisis que permitirá identificar los subgrupos de las causas dentro los seis grandes grupos de mortalidad, anteriormente mencionados, como lo son: enfermedades transmisibles, las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas, las demás causas y, signos y síntomas más definidos que afectan la población de Santander de Quilichao.

#### Enfermedades transmisibles

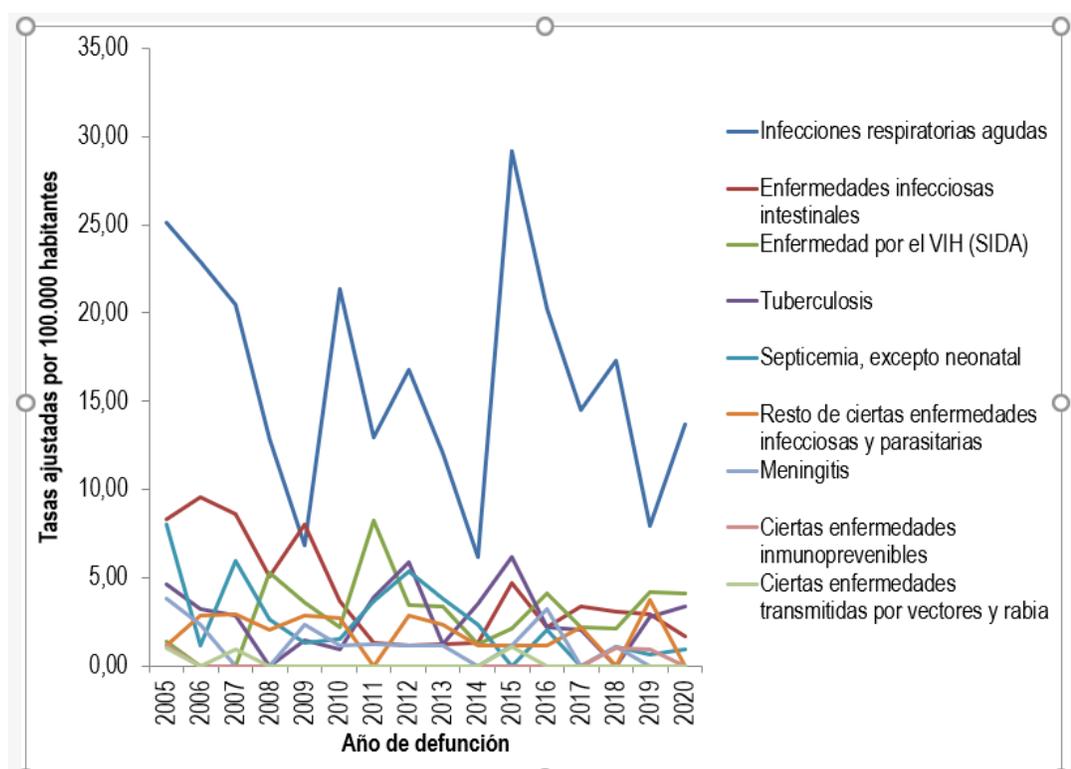
Dentro del grupo de causas de las enfermedades transmisibles para la población general, las **infecciones respiratorias agudas** se posicionan como la causa de mayor magnitud de mortalidad atribuida a este grupo, siendo responsable de 13,66 muertes por cada cien mil habitantes en 2020, esto representa un incremento del 5,74% frente al 2019, mientras que las **enfermedades infecciosas intestinales** fueron las responsables de 1,64 muertes por cada cien mil habitantes para el año 2020, las infecciones intestinales muestran una tendencia descendente durante el periodo analizado. Estas dos enfermedades ocupan un lugar importante durante el periodo 2005-2020, a pesar de que son en gran parte



prevenibles, lo que implica mejorar las estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

La segunda causa la ocupa **la enfermedad por el VIH (SIDA)** y fue la responsable de 4,13 muertes por cada cien mil habitantes, esta enfermedad presenta un comportamiento ascendente frente a los años anteriores. **la tuberculosis** ocupa el tercer lugar con 3,38 en la tasa ajustada, con un pico máximo en el 2012 con 5,89 muertes por cada cien mil habitantes. Finalmente, **la septicemia, excepto neonatal** se presenta como la quinta causa importante de mortalidad y presenta un comportamiento descendente, con un pico máximo de 7,98 muertes por cien mil habitantes en el año 2005 y con respecto al año 2019 una constante de 0,27 en la tasa ajustada.

**Figura 18 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Subgrupos Hombres

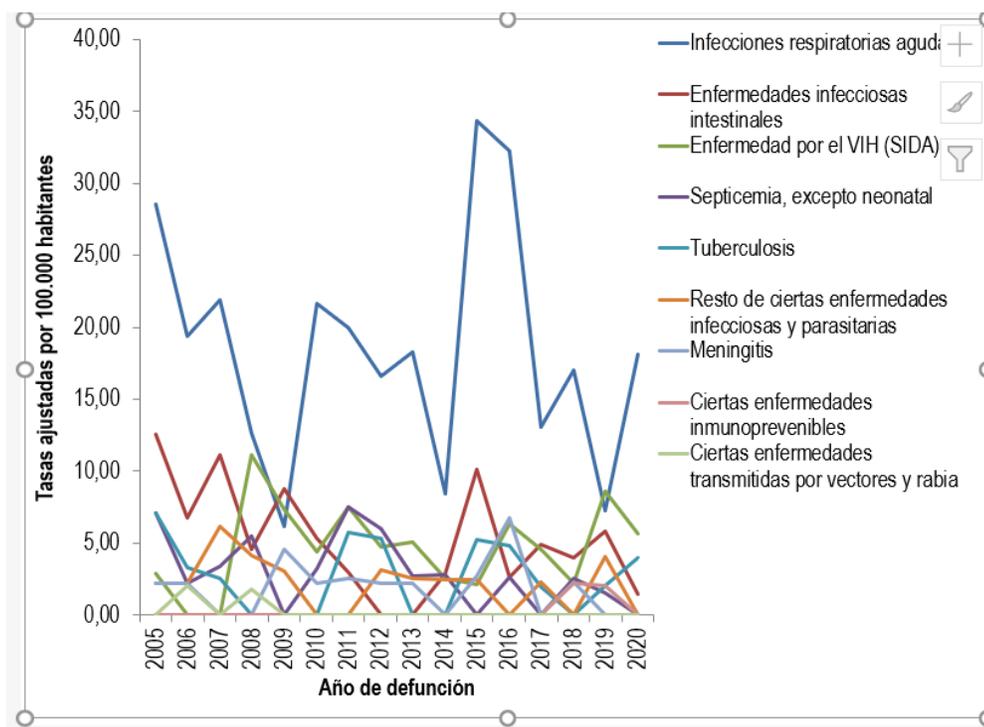
El comportamiento de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población masculina entre los años 2005 y 2020, evidencia que **las infecciones respiratorias agudas** se ubican como la primera causa de muerte, la segunda causa esta Enfermedades



infecciosas intestinales. Las infecciones respiratorias agudas fueron responsables de 18,13 muertes por cada cien mil habitantes del sexo masculino, mientras que la segunda fue responsable de 1,48 muertes por cada cien mil hombres. Es importante resaltar que la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales en población masculina presentó una disminución frente al año 2019. El VIH ocupó el tercer lugar de mortalidad con 5,64 muertes por cada 100 mil hombres.

Durante el periodo analizado Septicemia, excepto neonatal, ocupa la cuarta causa de mortalidad, con un comportamiento fluctuante y tendencia al descenso frente al inicio de periodo.

**Figura 19 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Subgrupos Mujeres

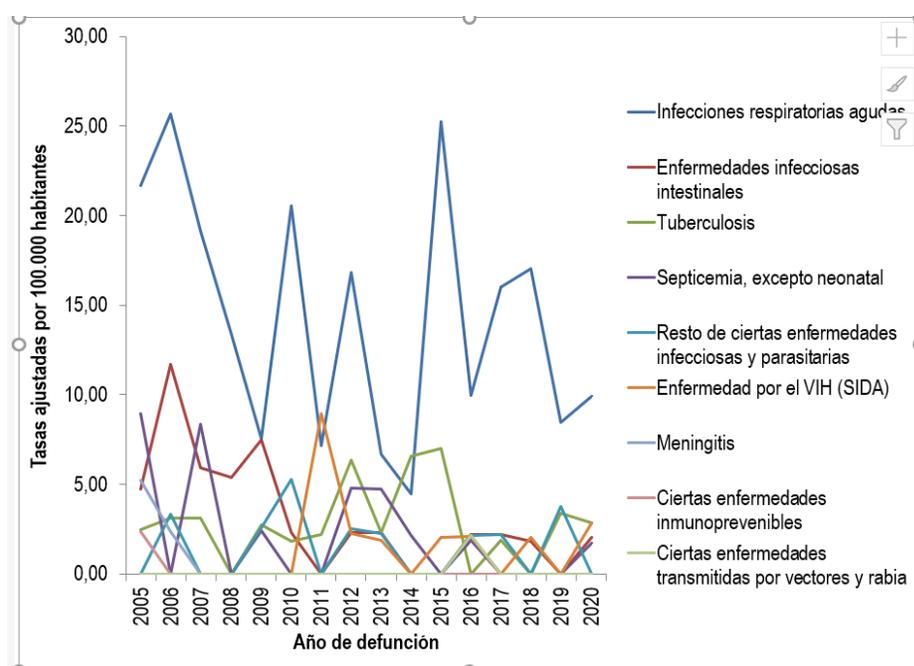
Al analizar el comportamiento de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población femenina se observa que es similar al de la población masculina. **Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades infecciosas intestinales se**



ubican en el primero y segundo lugar respectivamente. Para el año 2020 a la primera causa se le atribuyen 9,94 muertes por cada cien mil mujeres, un incremento de 1,46 en la tasa ajustada frente al 2019, mientras que **las enfermedades infecciosas intestinales** en el año 2020 tuvieron un incremento 2,05 de muertes frente al año anterior.

**Tuberculosis y Septicemia, excepto neonatal** se ubican como tercera y cuarta causa de mortalidad respectivamente. En relación con el año 2020 la tuberculosis presenta unas 2,87 muertes en la tasa ajustada por cada cien mil mujeres y con un comportamiento de aumento en las **Septicemia, excepto neonatal** con una tasa ajusta de 1,73 muertes por cada cien mil mujeres en 2020. (véase figura 19)

*Figura 20 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020*



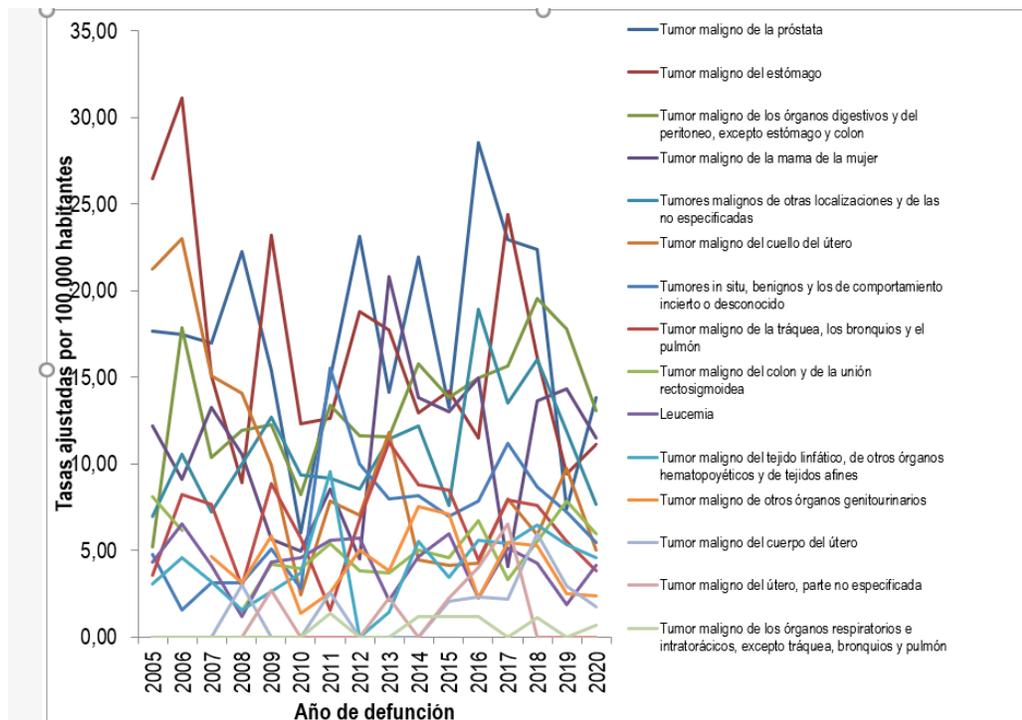
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

## Neoplasias

Dentro del grupo de las neoplasias para la población general, **el tumor maligno de la próstata** se ubica como la primera causa de mortalidad para el periodo analizado con un total de 13,81 muertes por cada cien mil habitantes en el 2020, **mientras que Tumor maligno del estómago** causo para el mismo año un total de 11,08 muertes por cada cien mil habitantes, ocupando así el segundo lugar dentro de este grupo. **Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon** y **Tumor maligno de la mama de la mujer** ocupan el tercer y cuarto lugar respectivamente, siendo el **Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon** el responsable de 13,08 y 11,48 muertes por cada cien mil habitantes



Figura 21 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020

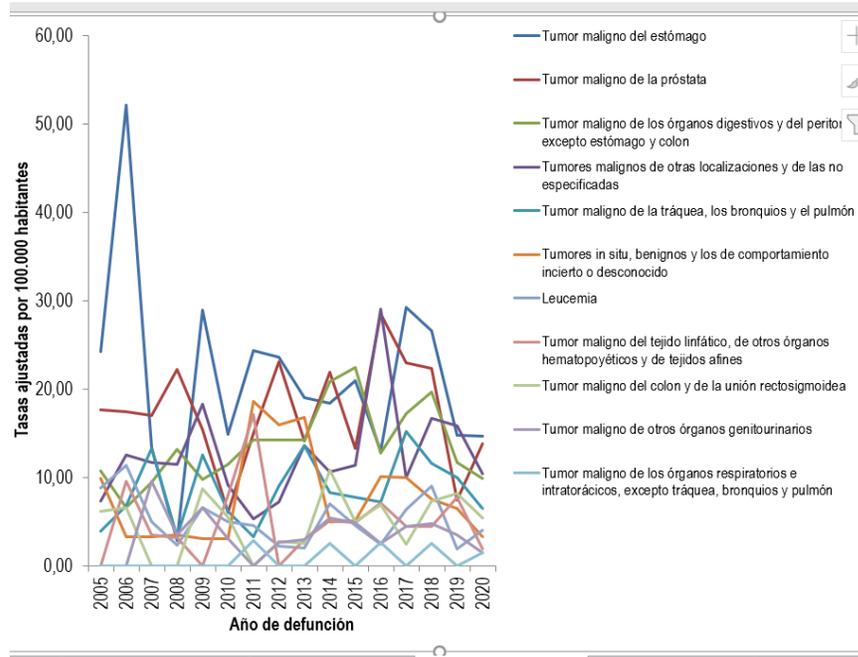


Fuente: DANE\_SISPRO-M

### Subgrupo Hombres

Con respecto al comportamiento de la mortalidad por neoplasias en los hombres, **el tumor maligno de estómago**, se ubica como la primera causa de muerte para el año 2019 con un total de 14,60 muertes por cada cien mil hombres, mientras que **el tumor maligno de la próstata** causó en el mismo año un total de 13,81 muertes por cada cien mil hombres posicionándose así en el segundo lugar de mortalidad dentro de este grupo. Así mismo **Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon** es reconocido como la tercera causa de muerte con 9,90 muertes por cada cien mil hombres y Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas 5,43 muertes menos en la tasa ajustada que en 2019.

**Figura 22 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



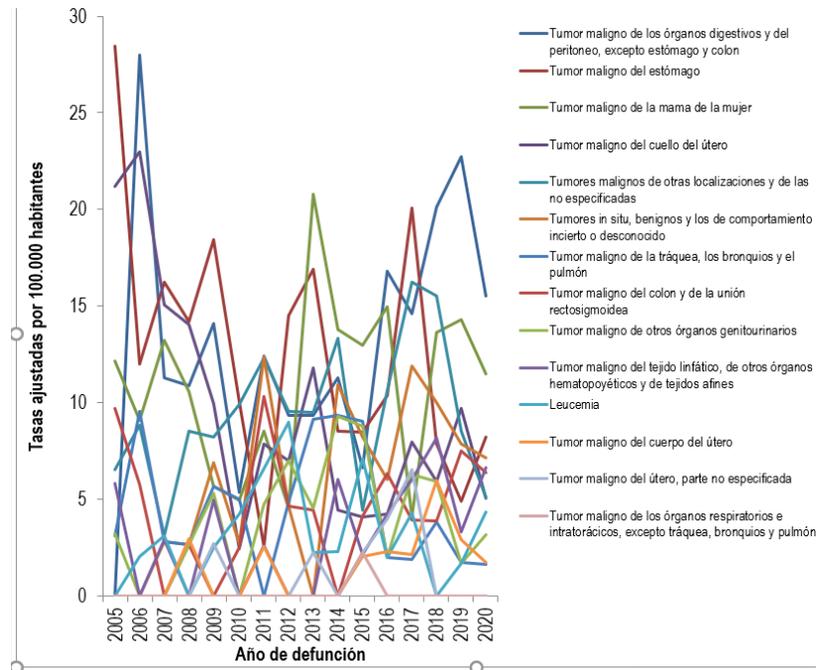
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**Subgrupo Mujeres**

Dentro de las enfermedades de mortalidad de neoplasias en las mujeres la mayor predominancia esta **Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon** cobrando la vida de 15,55 mujeres por cada cien mil en 2020, ubicándose como la primera causa de mortalidad dentro del grupo de neoplasias, con una disminución de la tasa ajustada de 7,19 por cada cien mil mujeres del año anterior. Seguida del **tumor maligno del estómago** presenta la tasa máxima en el año 2005 de 28,45 muertes por cada cien mil mujeres y 8,23 muertes por cada cien mil mujeres en 2020, ubicándose así en segundo lugar y **Tumor maligno de la mama de la mujer**, el cual produjo 11,48 muertes por cada cien mil, ocupando la tercera causa de muerte para el año 2020. El tumor maligno del cuello del útero ocupó el cuarto lugar con 5.03 muertes por cada cien mil habitantes. Las acciones de detección temprana y protección específica no están logrando impactar verdaderamente la población femenina del municipio y esto se refleja en la baja disminución de estas patologías que pueden ser diagnosticadas y tratadas de una manera integral, logrando impactar positivamente la salud y el bienestar de la población femenina.



Figura 23 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



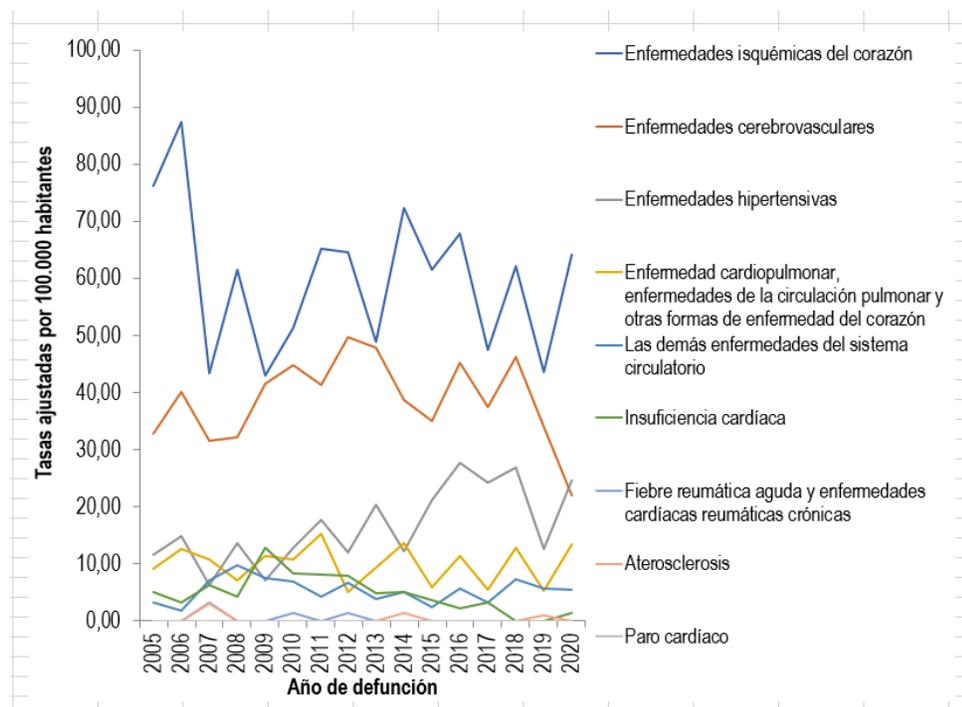
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

## Enfermedades del sistema circulatorio

Dentro del grupo de las enfermedades del sistema circulatorio para la población general en el año 2020, **las enfermedades isquémicas del corazón** y las **cerebrovasculares** ocupan los primeros lugares respectivamente. Siendo la enfermedad isquémica la primera causa de muerte con un total de 64,12 muertes por cien mil habitantes, mientras que **las cerebrovasculares** son las responsables de 22,08 muertes por cien mil habitantes, con una tendencia ascendente en la primera causa. **Las Enfermedades hipertensivas** logran también ubicarse dentro de los primeros lugares, causando 24,70 muertes por cada cien mil personas. Estas tres primeras causas de mortalidad presentan una mayor magnitud de mortalidad frente a las demás causas. La enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón ocupan el cuarto lugar dentro de las causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, y son responsables de 13,49 muertes por cada cien mil habitantes.



Figura 24 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

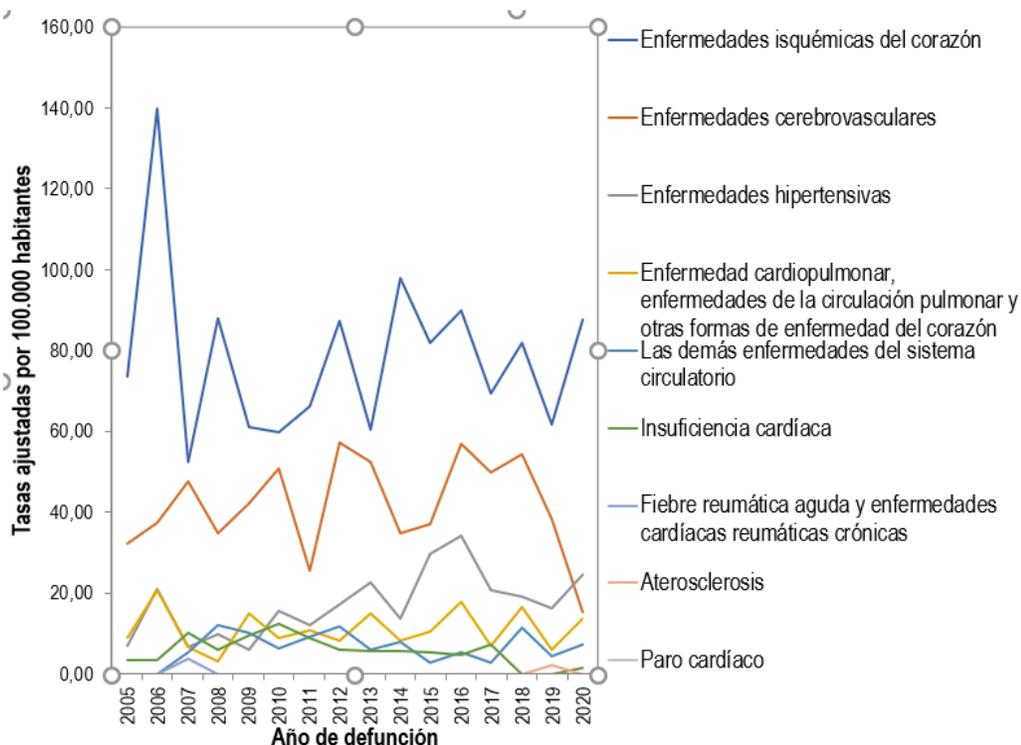
### Subgrupo Hombres

Con relación al comportamiento de la mortalidad dentro de este grupo de enfermedades en la población masculina, **las enfermedades isquémicas del corazón** se ubican en el primer lugar, dentro de las causas de muerte para el año 2020 con un total de 87,53 muertes por cada cien mil hombres, en relación con el año anterior presenta un descenso de 25,91 en la tasa ajustada. El segundo lugar es ocupado por **enfermedades cerebrovasculares**, generando 15,29 muertes por cada cien mil hombres para el año 2020, 23,00 muertes en la tasa ajustada menos que en el año 2019.

El tercer lugar lo ocupa las **enfermedades hipertensivas**, causando 24,40 muertes por cada cien mil hombres en el año 2020, seguida de la enfermedad cardiopulmonar la cual cobró la vida de 13,77 hombres por cada cien mil respectivamente.



Figura 25 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

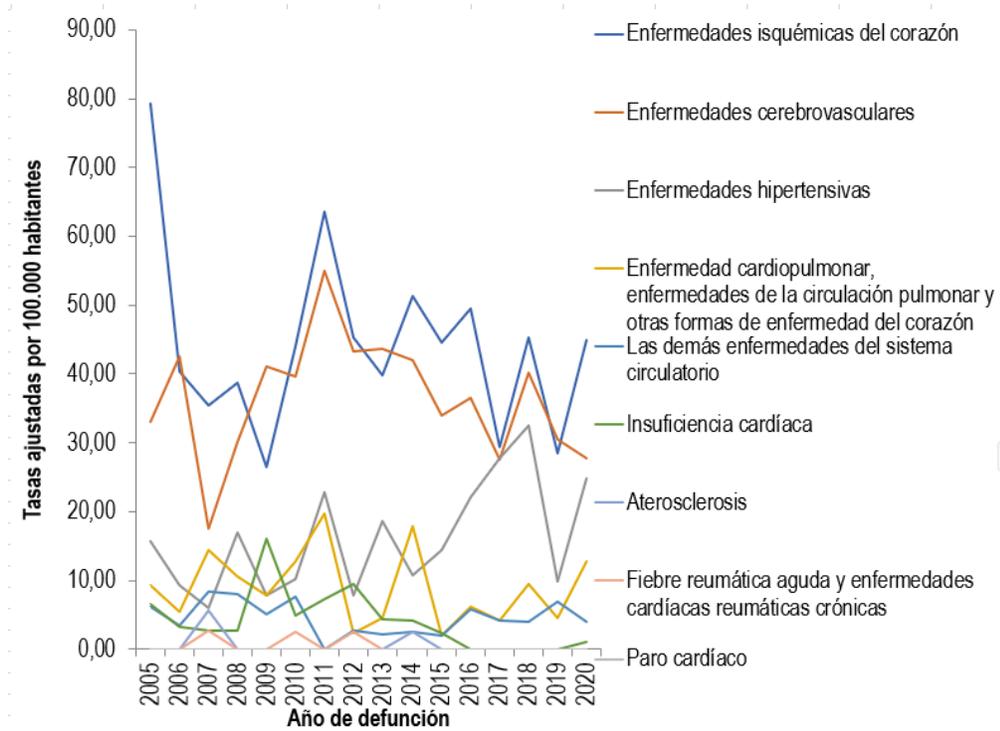
### Subgrupos Mujeres

Al analizar el comportamiento de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres, se encuentra mucha similitud con el comportamiento de estas patologías en la población masculina. En el año 2020 **la enfermedad isquémica del corazón** representa la primera causa de mortalidad, con un total de 44,94 muertes por cada cien mil mujeres, mientras que **las enfermedades cerebrovasculares** produjeron la muerte de 27,72 mujeres por cada cien mil, y se posiciona en el segundo lugar.

**La enfermedad hipertensiva** causó en el 2020 un total de 24,80 muertes por cada cien mil mujeres, ocupando el tercer lugar. De manera similar como se presenta en la población masculina, Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, se ubica en el cuarto lugar dentro de las causas de muerte por enfermedades del sistema circulatorio. (véase figura 26)



Figura 26 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

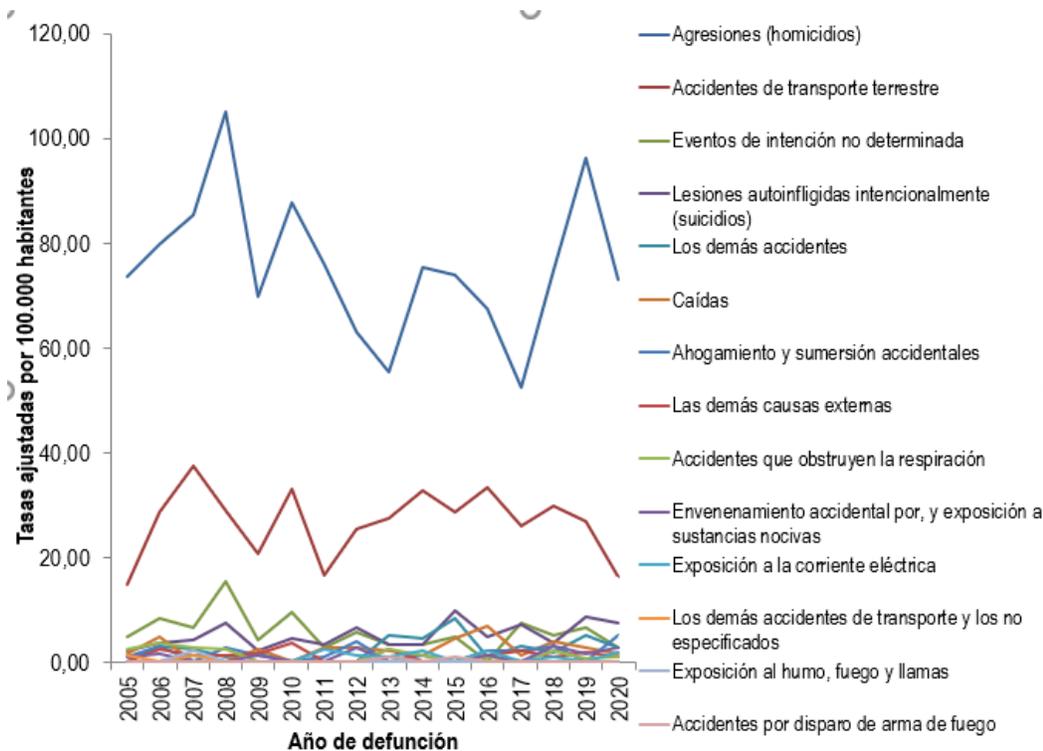
### Causas externas

Al analizar el año 2020 del gran grupo de causas externas para la población general, **las agresiones (homicidios)** se ubican como la primera causa de muerte con un total de 72,92 muertes por cada cien mil habitantes, en segundo lugar, se posicionan **los accidentes de tránsito** con una tendencia descendente frente al 2019 con un total de las 16.13 muertes por cada cien mil habitantes.

**Eventos de intención no determinada** ocupan el tercer lugar por generar la muerte de 2.67 personas por cada cien mil habitantes. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) ocupan el cuarto lugar dentro de las causas de muerte, responsables de 7,55 muertes por cada cien mil habitantes, con un leve descenso para el año 2020, con 0,94 muertes por cada cien mil habitantes. (véase figura 27)



Figura 27 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Subgrupo Hombres

El comportamiento de las causas de mortalidad en la población masculina es muy similar a la mortalidad general del municipio de Santander de Quilichao durante el periodo analizado 2005-2020. **Las agresiones (homicidios)** se ubican como la primera causa de mortalidad por causas externas para el año 2020, generando 131,19 muertes por cada cien mil hombres, con un notable comportamiento descendente en comparación al año anterior, por otro lado, **los accidentes de transporte terrestre** ocupan el segundo lugar y causaron en el 2020 la muerte de 29,62 hombres por cada cien mil. Se visualiza que el aporte de la población masculina a la carga de mortalidad es mayor que el aporte de la población femenina

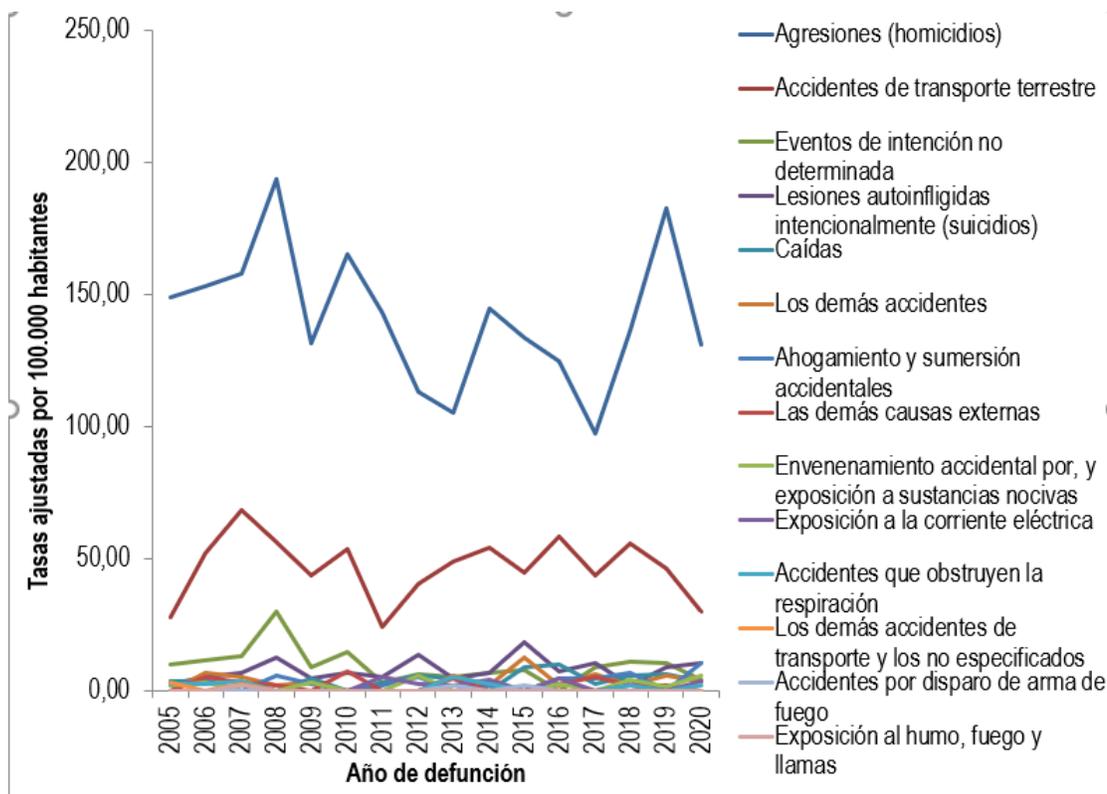
**Eventos de intención no determinada** ocupan el tercer lugar, causando 3,93 muertes por cada cien mil hombres en el 2020, presentando un pico máximo en el año 2008 de 29,86 muertes por cada cien mil hombres y un pico mínimo en el año 2016 sin eventos.

**Las Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)** que vienen ocupando el cuarto lugar en relevancia a través de los años, para el año 2020 fue responsable de la muerte de 10.54 hombres por cada cien mil, representando este año el pico mínimo desde



el año 2018 de 1,88 y siendo el pico máximo de 13,51 en la tasa ajustada en el año 2012. (véase figura 28)

**Figura 28 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Subgrupo Mujeres

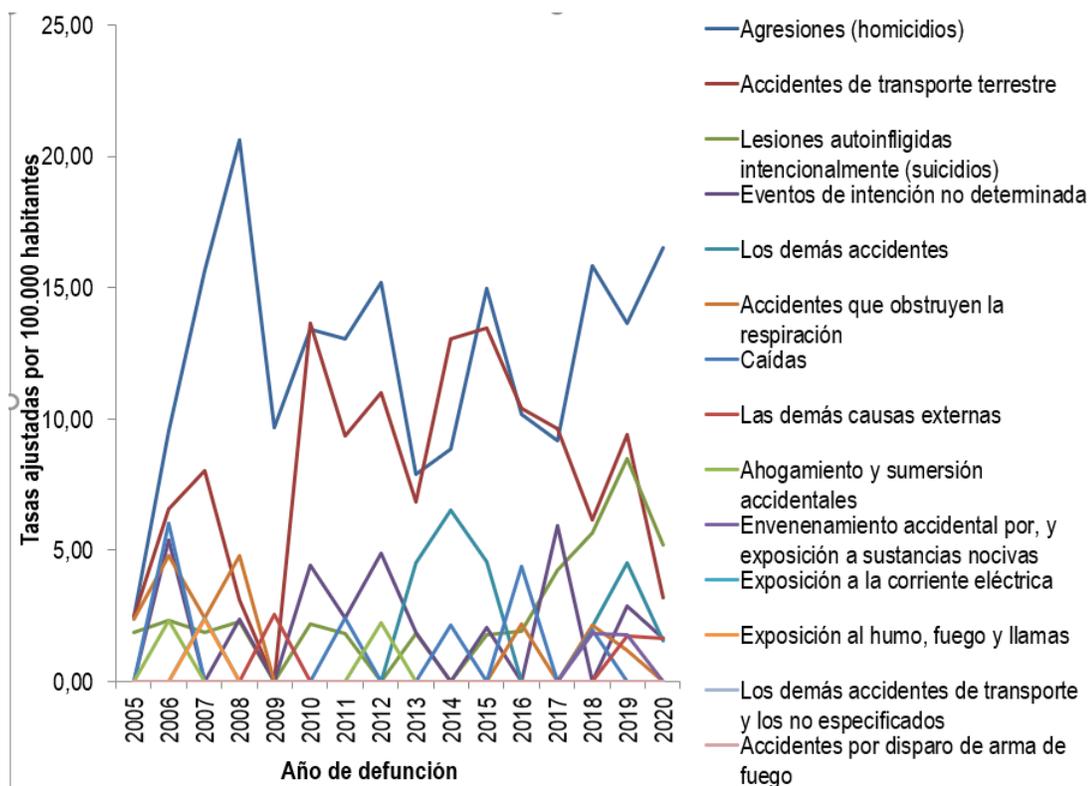
El comportamiento de las subcausas de mortalidad de causas externas en la población femenina se presenta de manera similar al comportamiento de la población masculina. El primer lugar lo ocupan **las agresiones (homicidios)** con una tasa de 16,52 muertes por cada cien mil mujeres para el año 2020, seguida por **Accidentes de transporte terrestre** se ubican en el tercer lugar luego de haber causado la muerte de 3,18 muertes por cada cien mil en el año 2020

Las **Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)** ocupan la tercera causa, con una tasa para el mismo año de 5,18 muertes por cada cien mil mujeres, donde se evidencia un comportamiento descendente en comparación al año 2019 el cual fue 3,30 muertes por cada cien mil mujeres.



La cuarta causa los **eventos de intención no determinada** causaron en el 2020 un total de 1,63 muertes por cada cien mil mujeres, siendo este el pico máximo en la tasa ajustada desde el año 2012. (véase figura 29)

**Figura 29 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



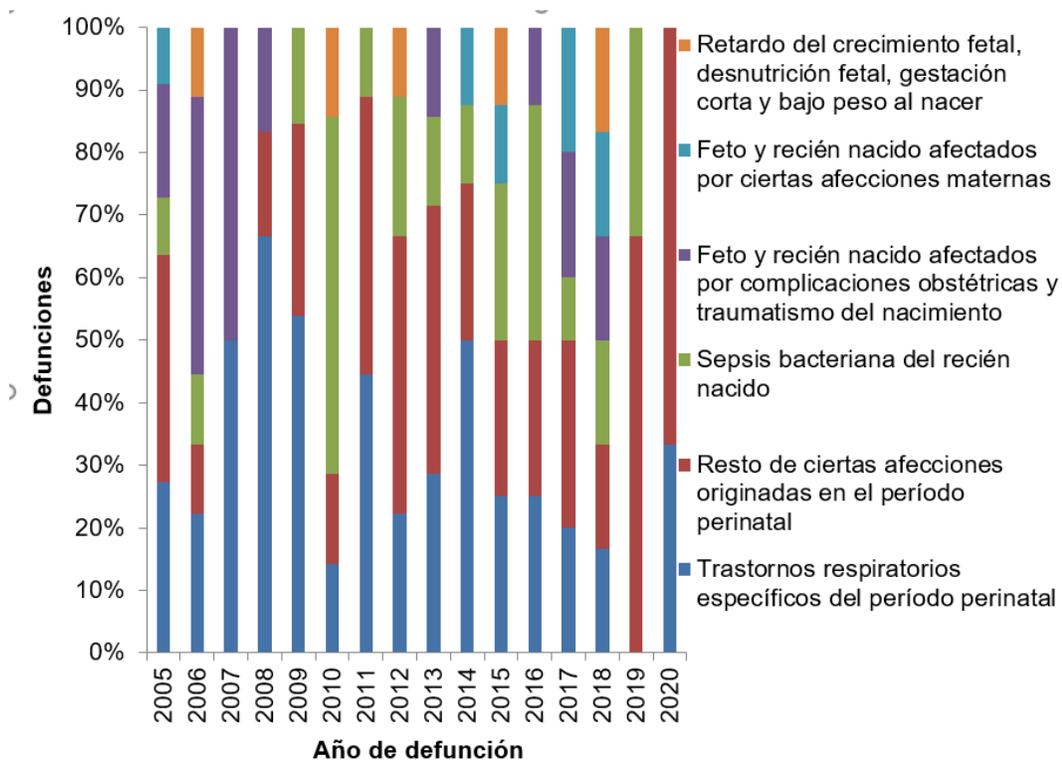
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Dentro del periodo analizado para la población general, los **Trastornos respiratorios específicos del período perinatal, y Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal con un porcentaje de mortalidad de 33,33 y 66,66** son las principales de causa de muerte en este grupo.



Figura 30 Porcentaje de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

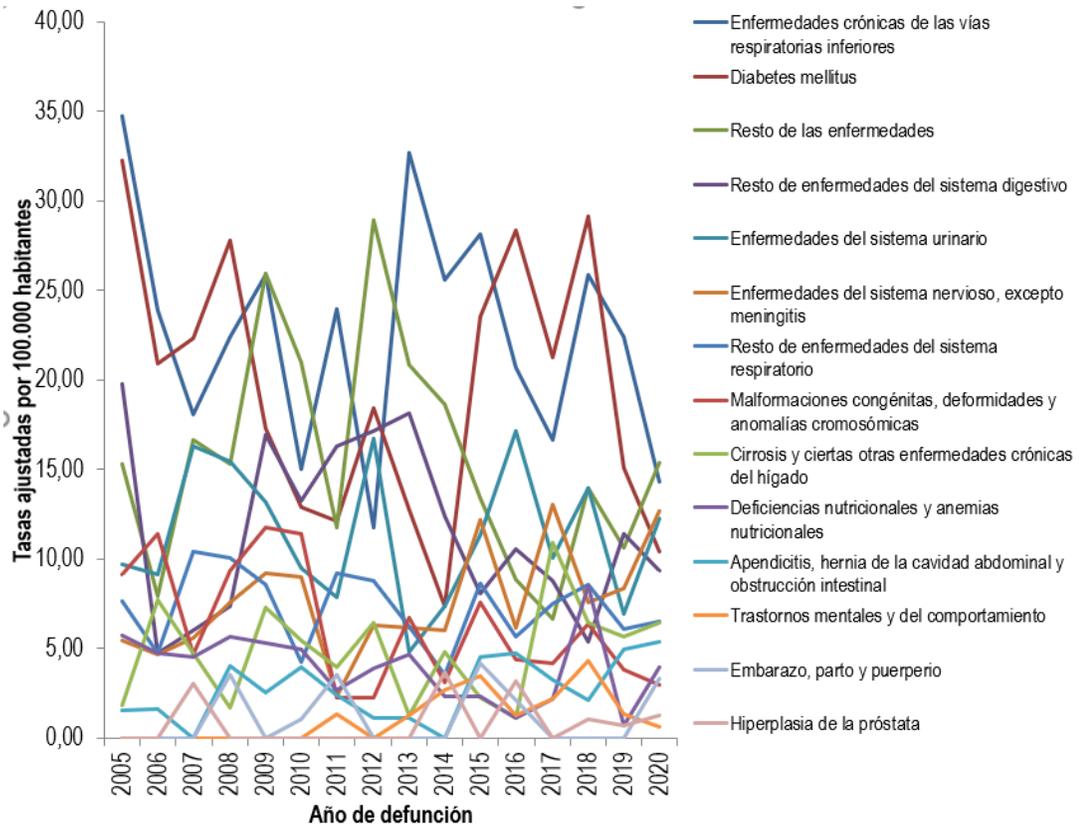
## Las demás enfermedades

Dentro del grupo de las demás enfermedades para la población general, **Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores** se ubican como la primera causa de muerte con un 14,28 por cada 100 mil habitantes. En el segundo lugar se encuentran Diabetes mellitus con 10,41 muertes, con un comportamiento descendente del 4,71 en comparación del año anterior.

**Resto de las enfermedades** es reconocida como la tercera causa de muerte, aunque presenta un incremento al compararla con el año 2019, presentando 15,38 muertes por cada cien mil personas, para el año 2020. **Resto de enfermedades del sistema digestivo** se atribuyen 9,37 muertes por cada cien mil personas en 2020 y se ubica en el cuarto lugar dentro de este grupo, comparada con la tasa ajustada de 18,14 en el año 2018 presenta una disminución de 8,77 muertes por cada cien mil personas.



Figura 31 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en TOTAL del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



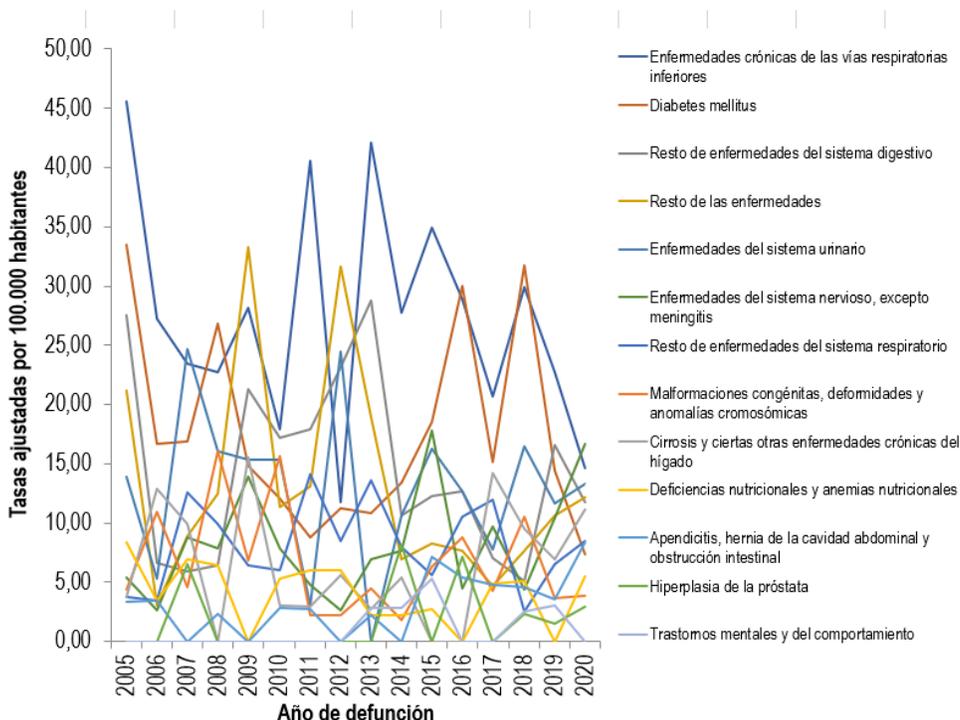
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Subgrupo Hombres

Dentro del periodo analizado en el grupo de los hombres, **Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores** ocupa el primer lugar con 14,66 muertes por cada cien mil hombres en el 2020. **Diabetes mellitus** ocupa el segundo lugar por haber originado en el 2020 la muerte de 7,34 hombres por cada cien mil, lo anterior representa una disminución de 7,05 muertes en la tasa ajustada por cada cien mil hombres, en comparación al año anterior.



Figura 32 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020



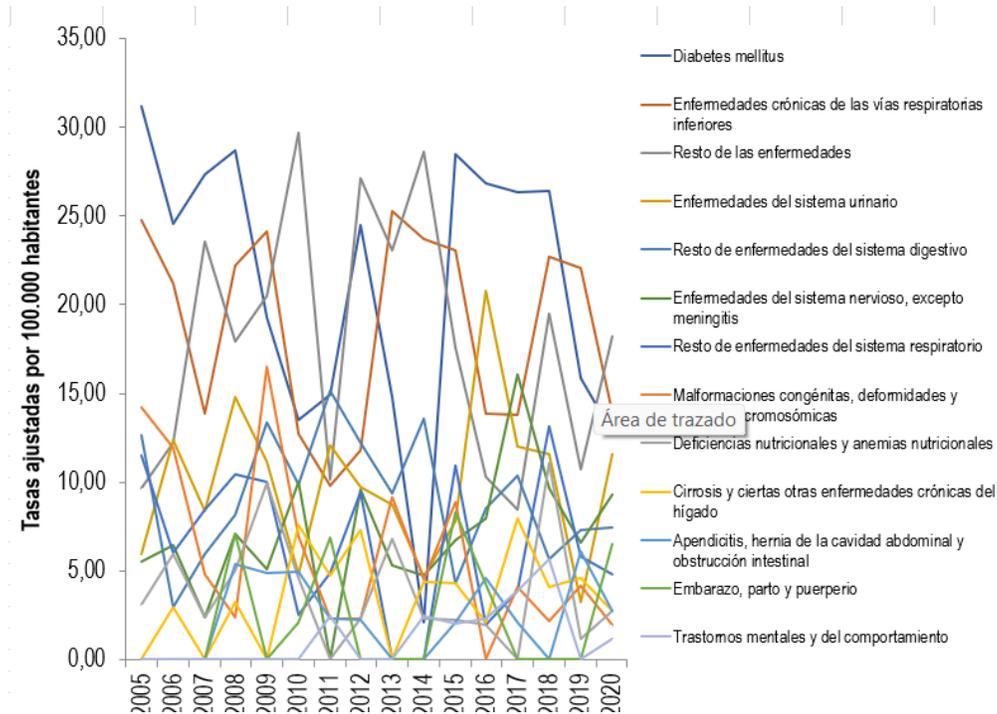
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Subgrupo Mujeres

Con relación al comportamiento de la mortalidad por las demás enfermedades en la población femenina entre el año 2005 y el 2020, se presenta **Diabetes mellitus** en primer lugar con 12,82 muertes por cada cien mil mujeres en el 2020. **Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores** ocupa el segundo lugar causando para el 2020 las 13,95 muertes por cada cien mil y el tercer lugar esta **Resto de las enfermedades** con 18,20 muertes por cada cien mil. (véase figura 32)



**Figura 33 Tasa de mortalidad ajustada por la edad para las demás enfermedades en mujeres del municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

A continuación, una breve comparación entre algunas de las causas de mortalidad en el departamento del Cauca y el municipio de Santander de Quilichao.

Dentro del grupo de causas externas, la tasa de mortalidad por agresiones ajustada por edad fue de 72,92 para Santander de Quilichao, muy por encima de la tasa del departamento del Cauca con un 48,92. En transporte terrestre y por homicidios en Santander de Quilichao se encuentran por encima de la tasa de mortalidad ajustada en el departamento del Cauca que fue del 14,61 y para el municipio fue de 16,13 muertes por cada cien mil habitantes.

Dentro de las enfermedades transmisibles la tasa de mortalidad fue de 23,74 y se ubica por encima del valor de referencia departamental que fue de 19,25 muertes por cada cien mil hombres.

Dentro del grupo de las neoplasias, se destaca el tumor maligno de próstata con una tasa de mortalidad ajustada de 13,81 por cada cien mil habitantes, un valor que está por encima de la cifra de referencia departamental.

La mortalidad por demás enfermedades, está la diabetes que presenta un comportamiento descendente y se encuentra por debajo de la tasa de mortalidad ajustada departamental. (Véase tabla 12)



**Tabla 12. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad ajustadas por edad en el municipio de Santander de Quilichao, 2005-2020**

Causa de muerte	CAUCA	SANTANDER DE QUILICHAO	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	16,13	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	9,26	11,48	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	7,74	5,03	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	9,14	13,81	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	13,77	11,08	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	11,61	10,41	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,47	7,55	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,09	0,65	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	48,92	72,92	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	19,25	23,74	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,34	0,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗			

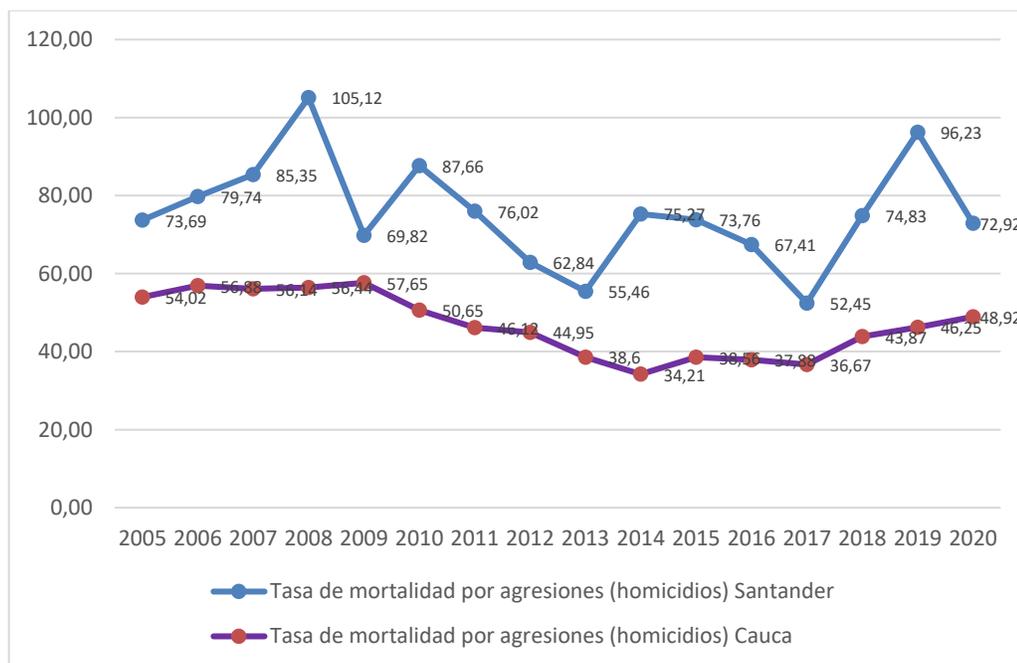
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### Mortalidad por Homicidios

La tasa de mortalidad ajustada por homicidios presenta un comportamiento descendente en comparación con el año 2005, En cuanto a la tasa de mortalidad por Homicidio en 2020 si se compara el municipio con el Departamento se observa un indicador municipal significativamente alto con una tasa de 72,52 y la Departamental con una tasa de 48,92. Mostrando un indicador desfavorable, las dinámicas sociales, políticas y económicas traen consigo la exacerbación de la violencia y los problemas de convivencia social. Figura 34



Figura 34 Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios), Cauca-Santander 2005-2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

### 2.1.2. Mortalidad materno – infantil y en la niñez

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

### Tasas específicas de mortalidad:

La Organización Mundial de la Salud OMS estima que aproximadamente 585 mil mujeres mueren en el mundo por complicaciones del embarazo y el parto. De estas muertes, 99% ocurre en los países en desarrollo. En América latina, la razón de mortalidad materna promedio es de 270,0 por 100 mil nacidos vivos. En América Latina y El Caribe el riesgo reproductivo o la probabilidad de que una mujer muera por causa materna durante su vida es equivalente a 1/79; en Colombia es de 1/289, lo que quiere decir que por cada 289 mujeres en gestación una tiene riesgo de morir. La principal causa de mortalidad materna en el mundo son las hemorragias (24%), seguidas de las causas indirectas (20%), las infecciones (15%), el aborto en condiciones de riesgo (13%), la eclampsia (12%), el parto obstruido (8%) y otras causas (8%)(14).

La mortalidad materna prevenible sigue siendo un problema pendiente por resolver y uno de los desafíos más cruciales en todo el mundo, pese a los progresos alcanzados en el último decenio. De ahí que en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se establezca, de aquí a 2030, ningún país debería tener una razón de mortalidad materna superior a 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos(15).

En Colombia, el subregistro estimado de las muertes maternas estimado es de 63%, calculado con base en dos componentes; en el subregistro general de las defunciones en mujeres de 15 a 49 años y en la mala codificación resultante de la ausencia del antecedente obstétrico en los certificados de defunción en éste grupo etéreo (14).

- **Mortalidad Infantil Total (menores de 1 año)**

Entre el periodo analizado 2005 – 2020 fueron ciertas **afecciones originadas en el periodo perinatal**, quienes generaron el 46,0% de la mortalidad en menores de un año. En segundo lugar, con un 27,2%, se ubicaron las **malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas**, en el periodo 2005-2020 las tasas de mortalidad por estas causas presentan un comportamiento descendente en comparación con el inicio de periodo. **Las enfermedades del sistema respiratorio**, ocupan el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuente, representando el 6,99% de la mortalidad en este grupo etario. (véase tabla 13)



Tabla 13. Tabla de Mortalidad Infantil *menores de 1 año 16 grandes causas*) Municipio de Santander de Quilichao, 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	3	0	0	1	2	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Tumores (neoplasias)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0	0	0	1	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	1	1	2	1	3	0	0	2	1	1	0	0	1	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	2	2	4	1	3	2	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	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 período perinatal	11	9	4	12	13	7	9	9	7	8	8	8	8	6	3	3
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	8	4	8	7	9	2	1	6	2	5	2	2	6	2	2
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	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	1	4	2	1	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

• **Mortalidad en la Niñez - Total (De 1-4 años)**

En el periodo analizado 2005 – 2019 se presenta como primera causa de mortalidad; **ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias**, representando el 26,86% de las muertes. **Las causas externas de morbilidad y mortalidad** generaron el 19,4% de las muertes en niños entre 1-4 años en el 2019, en tercer lugar, se encuentran las **malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas** generando el 10,9% de las muertes en el año 2020 dentro de este grupo etario. (véase tabla 14)

Tabla 14. Tabla de Mortalidad Infantil *menores de 1 a 4 años 16 grandes causas*) Municipio de Santander de Quilichao, 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	3	3	3	3	2	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
Tumores (neoplasias)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	1	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 período perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	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	2	2	2	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0	1

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD



• **Mortalidad Infantil Total (menores de 5 años)**

En el periodo analizado, las **afecciones originadas en el periodo perinatal** representan el 37,5% de las muertes en 2020.

En segundo lugar, se ubican las **malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas como segunda causa de mortalidad** representando el 23,9%.

En tercer lugar, se ubican ciertas **enfermedades infecciosas y parasitarias** representando el 8,85. (véase tabla 15)

**Tabla 15. Tabla de Mortalidad Infantil menores de 5 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 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	5	6	3	3	3	3	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0
Tumores (neoplasias)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	0	1	0	1	1	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	2	2	2	1	4	1	0	2	1	1	0	0	3	0	0	2
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	3	4	4	1	3	3	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	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	11	9	4	12	13	7	9	9	7	8	8	8	10	6	3	3
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	9	4	8	8	9	2	2	6	2	6	3	3	6	3	2
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	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	1	5	4	3	2	1	0	1	1	1	2	1	1	2	0	1

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

• **Mortalidad Infantil Hombres (menores de 1 año)**

Entre el periodo analizado 2005 – 2020 fueron ciertas **afecciones originadas en el periodo perinatal**, quienes generaron el 50,0% de la mortalidad en menores de un año. En segundo lugar, con un 50,0%, se ubicaron las **malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas**, en el periodo 2005-2020 las tasas de mortalidad por estas causas presentan un comportamiento descendente y ascendente en la segunda causa. (véase tabla 16)



**Tabla 16. Tabla de Mortalidad Infantil en hombres menores de 1 año 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	3	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tumores (neoplasias)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	1	0	1	1	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	2	2	3	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	7	6	1	6	7	5	8	4	5	5	5	4	5	4	2	2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	3	2	7	3	6	1	1	2	0	2	2	1	5	1	2
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Todas las demás enfermedades	0	0	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

• **Mortalidad en la Niñez - Hombres (De 1-4 años)**

Entre el periodo analizado 2005 – 2020 fueron **enfermedades del sistema nervioso y causas externas de mortalidad**, quienes generaron el 50,0% de la mortalidad en menores de uno a cuatro años. (Ver Tabla 17)

**Tabla 17. Tabla de Mortalidad Infantil en hombres menores de 1 a 4 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tumores (neoplasias)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	1	2	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD



• **Mortalidad Infantil Hombres (menores de 5 años)**

Entre el periodo analizado 2005 – 2020 fueron ciertas **afecciones originadas en el periodo perinatal**, quienes generaron el 33,3% de la mortalidad en menores de cinco años. En segundo lugar, con un 33,3%, se ubicaron las **malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas**, en el periodo 2005-2020 las tasas de mortalidad por estas causas presentan un comportamiento ascendente y descendente en comparación con el inicio de periodo. Tabla 18

**Tabla 18. Tabla de Mortalidad Infantil menores de 5 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	5	2	2	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Tumores (neoplasias)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	1	1	1	1	3	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	2	3	3	0	2	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	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	7	6	1	6	7	5	8	4	5	5	5	4	7	4	2	2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	4	2	7	3	6	1	1	2	0	2	3	2	5	1	2
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	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	2	2	0	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

• **Mortalidad Infantil Mujeres (menores de 1 año)**

Entre el periodo analizado 2005 – 2020 fueron ciertas **afecciones originadas en el periodo perinatal**, quienes generaron el 100,0% de la mortalidad en menores de un año. Con comportamiento ascendente (véase tabla 19)



Tabla 19. Tabla de Mortalidad Infantil en mujeres menores de 1 año 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
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	4	3	3	6	6	2	1	5	2	3	3	4	3	2	1	1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6	5	2	1	4	3	1	0	4	2	3	0	1	1	1	0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Todas las demás enfermedades	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

• **Mortalidad en la Niñez – Mujeres (De 1-4 años)**

Entre el periodo analizado 2005 – 2020 fueron **enfermedades del sistema nervioso** quienes generaron el 100,0% de la mortalidad en menores de uno a cuatro años. (Tabla 20)

Tabla 20. Tabla de Mortalidad Infantil en mujeres menores de 1 a 4 años 16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	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	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Todas las demás enfermedades	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS



• **Mortalidad Infantil Mujeres (menores de 5 años)**

Entre el periodo analizado 2005 – 2020 fueron ciertas **enfermedades del sistema nervioso** con el 50% de mortalidad con un comportamiento ascendente y **afecciones originadas en el periodo perinatal** quienes generaron el 50,0% de la mortalidad en infantil.

**Tabla 21. Tabla de Mortalidad Infantil en mujeres menores de 5 años (16 grandes causas) Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2020**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3	1	1	1	2	2	0	1	1	0	0	0	1	0	1	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	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0	1	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	1	1	1	1	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	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	4	3	3	5	5	2	1	5	2	3	3	4	3	2	1	1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	5	5	2	1	5	3	1	1	4	2	4	0	1	1	2	0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	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	1	3	2	3	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0

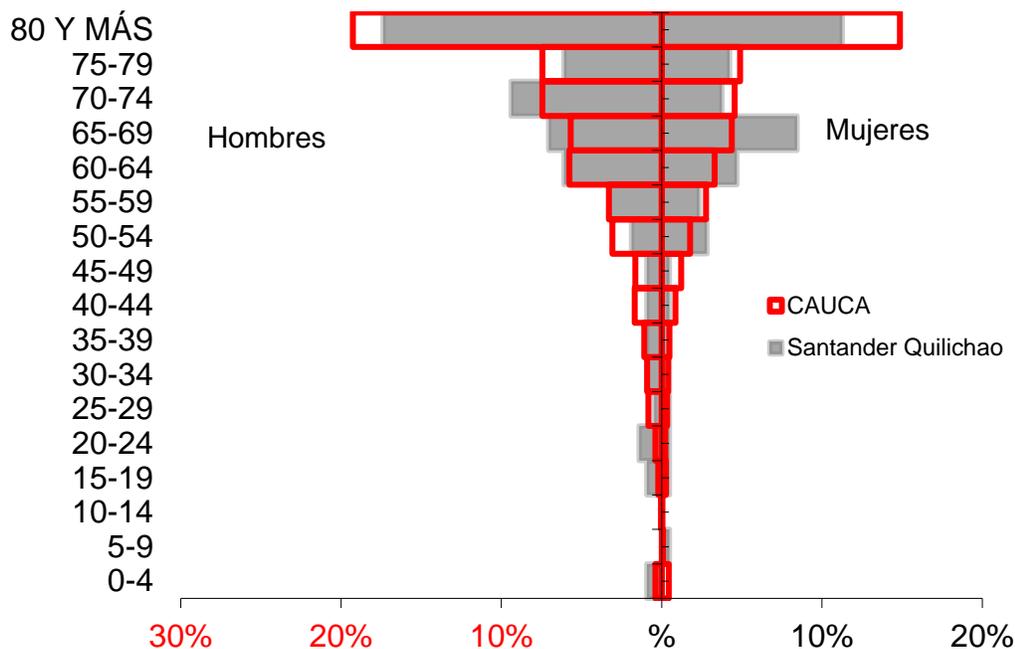
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

**2.1.3. Mortalidad por COVID-19 en Santander de Quilichao**

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa emergente causada por el coronavirus SARS-CoV-2, que en el transcurso de uno a tres meses se convirtió en una pandemia que afecta a la inmensa mayoría de los países del mundo, y que en consecuencia fue declarada por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia internacional en Salud Pública.

El contagio de grupos familiares y trabajadores de la salud en contacto con pacientes enfermos ha demostrado la ocurrencia de transmisión humano a humano del SARS-CoV-2, lo que, unido a su transmisión asintomática y pre- sintomática, y a su largo periodo de incubación (de tres a 14 días), complejizan la dinámica de la COVID-19 a nivel poblacional. Adicionalmente, debido a que el SARS-CoV-2 es un patógeno recientemente identificado, con el cual los humanos no habían tenido contacto previo, no existe inmunidad natural a este virus en las poblaciones humanas. Como se puede observar en la gráfica se presentaron mayor mortalidad en hombres con un 58,68%, mientras las mujeres fueron de 41,31%, siendo la población de 80 años y más con mayor mortalidad durante la pandemia por covid. Figura 35

**Figura 35 Pirámide Poblacional Mortalidad por COVID 19, Santander de Quilichao**



Fuente: SISPRO-MSPS

La pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-COV-2 representa una crisis de salud mundial que causa enfermedades graves y la muerte, sobre todo en personas con alteraciones cardiovasculares y metabólicas. Estar conscientes de que el riesgo de enfermar y morir por COVID-19 es mayor si la persona infectada corresponde a la población mayor de 59 años, y en personas con enfermedades subyacentes, tales como; Hipertensión, Sobrepeso y Obesidad, Diabetes y Asma, pueden contribuir al diseño de estrategias de prevención, manejo y cuidado de las enfermedades crónicas. Según los datos de la pirámide poblacional en Santander de Quilichao; las personas mayores de 60 años representan el 17% de la mortalidad; entre las personas fallecidas por COVID-19 el 20% presentaba Hipertensión, el 10,0% Diabetes y el 28,0% presentaba mínimo una comorbilidad.



Tabla 22 Concentración Comorbilidades, Santander de Quilichao 2022

Santander de Quilichao	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Municipio		CAUCA	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad DPTO		Concentración Municipio
		Año	Proporción			Año	Proporción	Año
Santander de Quilichao	Artritis	4	1%	CAUCA	Artritis	22	0%	18,2%
	Asma	8	2%		Asma	83	2%	9,6%
	Cáncer	7	2%		Cáncer	56	1%	12,5%
	Comorbilidades (al menos una)	125	28%		Comorbilidades (al menos una)	1.244	28%	10,0%
	Diabetes	44	10%		Diabetes	313	7%	14,1%
	Enfermedades Huérfanas		0%		Enfermedades Huérfanas	11	0%	0,0%
	EPOC	27	6%		EPOC	375	9%	7,2%
	ERC	29	6%		ERC	360	8%	8,1%
	Hipertensión	89	20%		Hipertensión	871	20%	10,2%
	Sobrepeso y Obesidad	32	7%		Sobrepeso y Obesidad	251	6%	12,7%
	Terapia Reemplazo Renal	5	1%		Terapia Reemplazo Renal	55	1%	9,1%
	VIH		0%		VIH	4	0%	0,0%
	Mayor de 59	78	17%		Mayor de 59	757	17%	10,3%
	<b>Total</b>	<b>448</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>4.402</b>	<b>100%</b>	<b>10,2%</b>

Fuente: SISPRO-MSPS- FECHA DE CONSULTA 20/09/2022

**Ámbito de atención de las mortalidades por COVID 19**

Dentro de las atenciones de las mortalidades por COVID 19 en el Municipio de Santander de Quilichao se evidencia que se presentaron un total en 2020 de 244 muertes de las cuales el 82% con 199 muertes corresponden al ámbito de atención No reportado, 8% con 19 muertes en cuidados Intensivos, 5% con 13 muertes a Hospitalización, 4% con 9 muertes en cuidados Intermedios. El Departamento del Cauca para el mismo año presento un total de 2.799 mortalidades de las cuales el 73% con 2.034 muertes corresponden a No reportado, 9% con 257 a cuidados Intensivos, el 7% con 192 muertes en Hospitalización, 7% con 209 muertes en cuidados Intermedios.



Tabla 23 *Ámbito de atención de las mortalidades por COVID 19 , Santander de Quilichao 2022*

SANTANDER DE QUILICHAO	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito		CAUCA	Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito de atención		Concentración de muertes según ámbito de atención - DPTO
		Año	Proporción			Año	Proporción	Año
	Consulta Externa		0%		Consulta Externa		0%	#DIV/0!
	Cuidado Intensivo	19	8%		Cuidado Intensivo	257	9%	7,4%
	Cuidado Intermedio	9	4%		Cuidado Intermedio	209	7%	4,3%
SANTANDER DE QUILICHAO	Domiciliaria		0%	CAUCA	Domiciliaria	6	0%	0,0%
	Hospitalización	13	5%		Hospitalización	192	7%	6,8%
	No Reportado	199	82%		No Reportado	2034	73%	9,8%
	Otro		0%		Otro		0%	#DIV/0!
	Urgencias	4	2%		Urgencias	101	4%	4,0%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>2799</b>	<b>100%</b>	<b>8,7%</b>

Fuente: SISPRO-MSPS- FECHA DE CONSULTA 20/09/2022

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

Ahora después de identificar las causas de muerte que representa con mayor frecuencia en los niños, se realizará un análisis materno – infantil, indicando los indicadores que peor situación se encuentren y se comparan con el indicador alcanzado en el último año por el departamento, para esto presenta una tabla de semaforización y tendencia materno –infantil y niñez.

Para estimar la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, de mortalidad por EDA, de mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años y también se calculan los intervalos de confianza al 95% utilizando el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

Los colores del semáforo indican:

	No hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el municipio y el indicador departamental.
	El indicador en el municipio es significativamente más alto comparado con el indicador departamental.



El indicador es significativamente más bajo en el municipio comparado con el indicador departamental

También aparecerá graficado con flechas el comportamiento de cada indicador a partir del año 2006 hasta el año 2020.

- Indica que el indicador disminuyó con respecto al año anterior
- ↘ Indica que el indicador aumentó con respecto al año anterior
- ↗ Indica que el indicador se mantuvo igual con respecto al año anterior.

En el año 2020 el municipio de Santander de Quilichao se encuentra en peor situación con respecto al departamento en la **Razón de mortalidad por materna**, lo cual refleja la importancia de un abordaje integral de las necesidades de la población, y el fortalecimiento de los programas de control prenatal, crecimiento y desarrollo sobre todo en comunidades indígenas.

La tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad en la niñez ajustada muestran diferencias significativas entre el indicador municipal y el indicador departamental, con respecto al año anterior presentan un comportamiento al ascenso.

La tasa de mortalidad por IRA no presentó cambios significativos con respecto al año anterior, lo cual es positivo y evidencia el impacto que han tenido las campañas de vacunación desde que se incluyó el biológico neumococo, de igual manera las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.

Tabla 24 . *Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Santander de Quilichao, 2005- 2020*

Causa de muerte	CAUCA	Santander de Quilichao	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Razón de mortalidad materna	50,62	129,20	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	-	-	↗	↘	↘	-	-	↗			
Tasa de mortalidad neonatal	6,41	2,58	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad infantil	10,07	4,52	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad en la niñez	12,04	6,46	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗			
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	0,00	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘			
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco	4,22	0,00	↘	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	-	-	-	-	-			

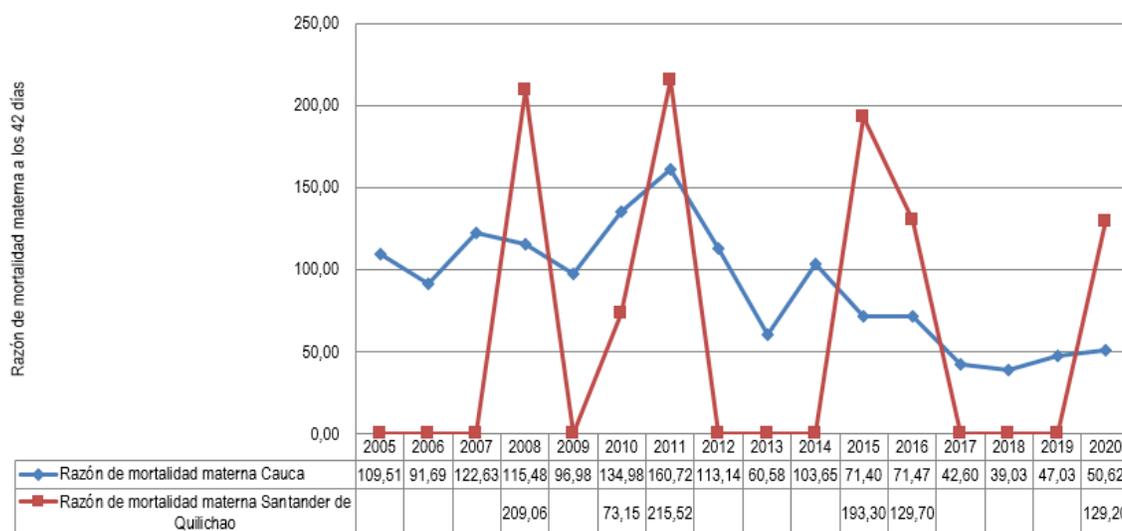
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

- **Mortalidad materna**

El municipio de Santander de Quilichao presenta para los años 2008, 2011, 2015 y 2016 valores superiores a los del departamento y del país, 209,06, 215,52, 193,3 y 129,7 muertes por cada cien mil nacidos vivos respectivamente. En los años 2017, 2018 y 2019 no se registraron mortalidades maternas. Para el año 2020 el municipio presentó mortalidad materna con una Razón de 129,20 muertes por 100.000 nacidos vivos, siendo muy superior a la Razón Departamental que para el mismo año presentó 50,62 muertes por 100.000 nacidos vivos.

Existen dinámicas socioculturales en el municipio que inciden en las altas tasas de mortalidad; la baja adaptación sociocultural de los programas materno-perinatales dificulta la adherencia de las comunidades indígenas y afrodescendientes a los programas de prevención y promoción, sumado a lo anterior se presenta una baja demanda inducida por parte de las EAPB, lo que agudiza aún más esta problemática. (véase figura 36)

Figura 36. Razón de mortalidad materna, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020



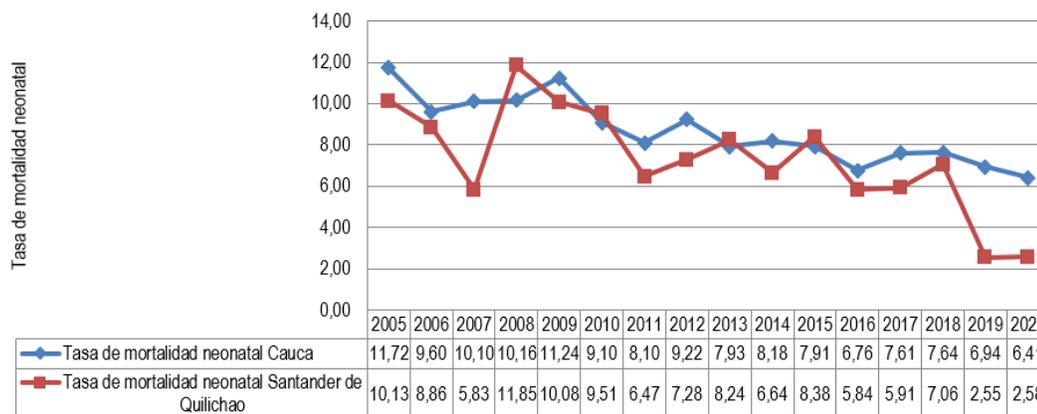
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

- **Mortalidad neonatal**

La Tasa de mortalidad neonatal presenta diferencias importantes, comparadas con los indicadores departamentales y nacionales para los años 2008, 2009 y 2015, 11,85, 10,08 y 8,38 muertes por cada mil nacidos vivos respectivamente. El indicador del municipio de Santander de Quilichao presenta un comportamiento decreciente en relación con los años mencionados anteriormente. Entre los años 2019 y 2020 el municipio presentó un comportamiento estable con tasas de 2,55 en 2019 y 2,58 muertes por 1000 nacidos vivos

en 2020 siendo inferior frente al dato Departamental que para los mismos años presento tasas de 6,94 muertes por 1000 nacidos vivos en 2019 y 6,41 muertes por 1000 nacidos vivos en 2020, siendo un indicador positivo para el municipio. Figura 37

**Figura 37 Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020**



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

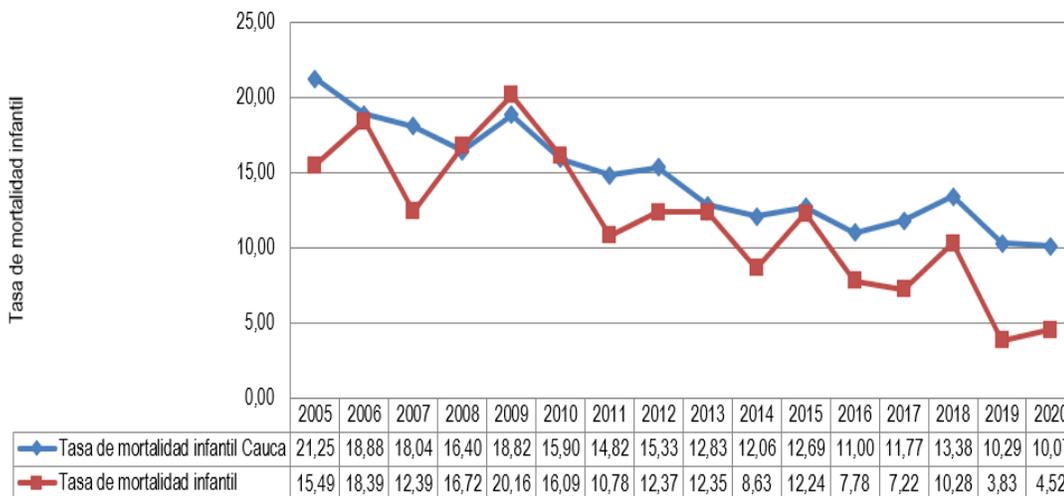
- **Mortalidad infantil**

Entre los años 2005 y 2020 la mortalidad Infantil en el municipio de Santander de Quilichao presento un comportamiento fluctuante, entre los años 2019 y 2020 presento una tendencia ascendente con tasas de 3,83 muertes por 1000 nacidos vivos en 2019 y 4,52 por 1000 nacidos vivos en 2020, frente al dato Departamental en 2019 presento una tasa de 10,29 muertes por 1000 nacidos vivos y 2020 presento una tasa de 10.07 muertes por 1000 nacidos vivos, el municipio se encuentra en situación favorable.

Si bien los indicadores de mortalidad infantil a nivel nacional tienden a disminuir, se observa, que la mayoría de estas muertes ocurren en poblaciones en las que los determinantes sociales no se abordan de una manera integral, lo que se repercute negativamente en la población más vulnerable, situación que se presenta mayoritariamente en la ruralidad de Santander de Quilichao. La Tasa de Mortalidad infantil, presenta en el municipio de Santander de Quilichao un comportamiento descendente en los últimos 10 años. (Figura 38)



Figura 38. Tasa de mortalidad Infantil, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020

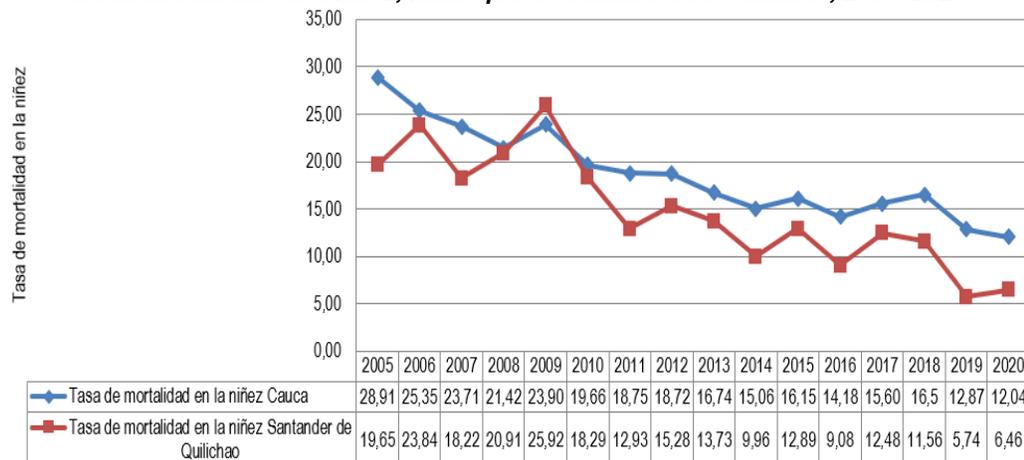


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

• **Mortalidad en la niñez**

En relación con el departamento del Cauca y la nación, el municipio de Santander de Quilichao viene presentando una disminución importante desde el año 2017 hasta el 2019, en el año 2020 presento un ascenso con una tasa de 6,46 muertes por cada 1000 nacidos vivos, ligeramente inferior frente al dato Departamental que presento una tasa de 12,04 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Figura 39

Figura 39. Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020

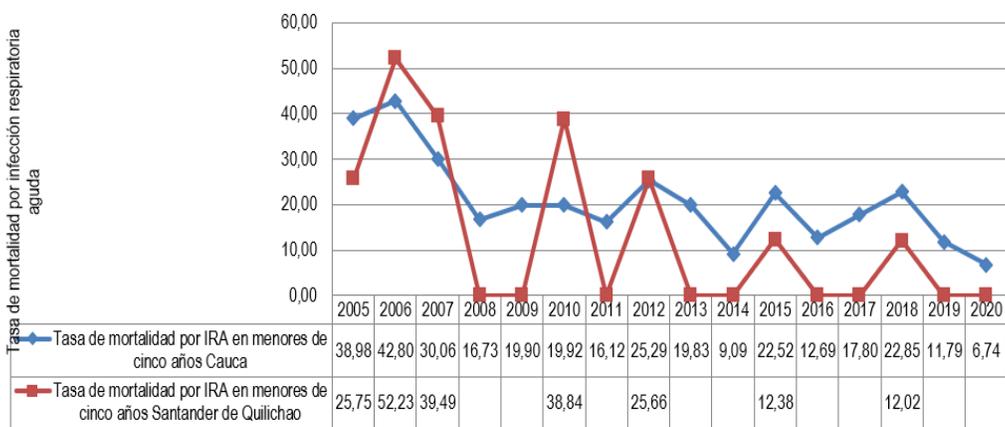


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

• **Mortalidad por IRA**

La razón de tasas de mortalidad por infección respiratoria aguda en Santander de Quilichao presenta una disminución importante en el transcurso del tiempo. No obstante, la tasa de mortalidad por IRA ha estado por encima de la nación y el departamento en los años 2006, 2007 y 2010, con tasas de 52,23, 39,49 y 38,84 en la por cada cien mil menores de 5 años respectivamente. Para los años 2018 se presenta una tasa de 12.36 y no se vuelven a presentar muertes en 2019 y 2020. (Figura 40)

**Figura 40. Tasa de mortalidad por IRA, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020**



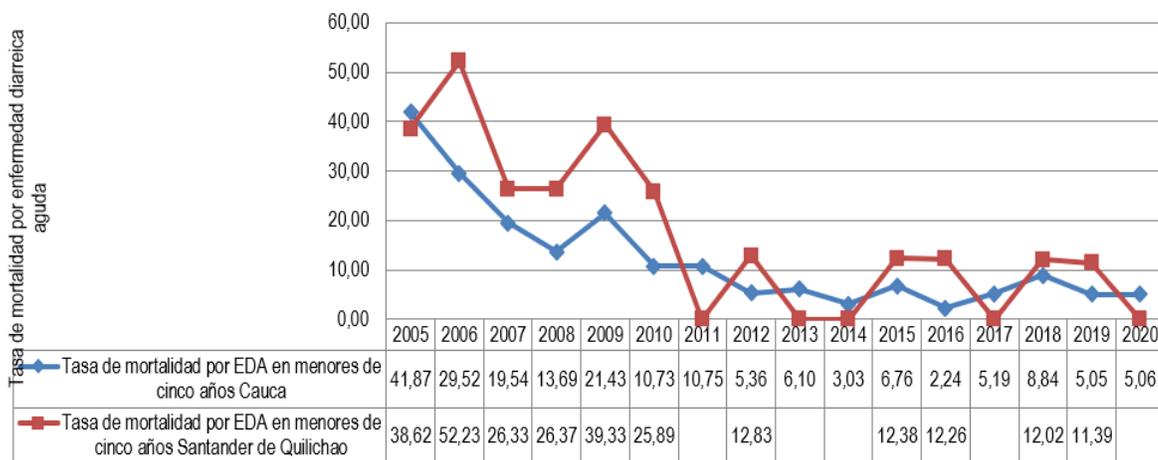
Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

• **Mortalidad por EDA**

Científicamente está demostrado que el Rotavirus es el principal patógeno productor de enfermedad diarreica en la población infantil. La tasa de mortalidad de Santander de Quilichao, presenta hasta el año 2012 diferencias significativas con respecto a la nación y al departamento del Cauca, para el año 2020, el municipio no presentó mortalidades por EDA, si se compara frente al Departamento para el mismo año presentó una tasa de 5,06 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. Siendo favorable para el municipio. Figura 41



Figura 41. Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Santander de Quilichao, 2005 –2020

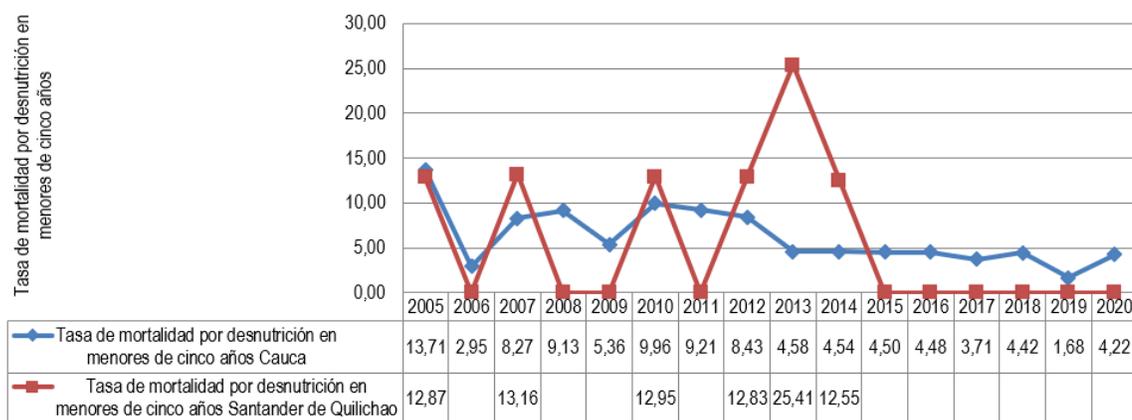


Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

- **Mortalidad por Desnutrición**

Es de resaltar que el comportamiento de la desnutrición aguda en menores de 5 años ha tenido un comportamiento estable en los últimos seis años, cabe mencionar que entre los años 2015 y 2020 no se presentó mortalidad por esta patología. Figura 42

Figura 42. Tasa de mortalidad por DESNUTRICION, municipio de Santander de Quilichao, 2005 -2020



Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

Mortalidades por IRA, EDA y DNT en niños de 5 años, son intolerables y más aún en el marco de la salud pública. La pobreza, el hacinamiento, bajas coberturas de vacunación, inequidades sociales, la etnia, la falta de higiene, agua no potable, bajo peso al nacer, deficiente alimentación con leche materna, el difícil acceso a los alimentos, sumado a la baja accesibilidad a los servicios de salud y poca intervención en los determinantes sociales de la salud potencializan el estado de vulnerabilidad de los grupos poblacionales. La presencia de estas enfermedades en una sociedad visibiliza el bajo grado de desarrollo.

### **Determinantes Estructurales**

Identificar las inequidades en salud, requiere el reconocimiento y la medición de las diferencias en las condiciones de salud y de la vida, por lo tanto, para el diseño de políticas públicas y acciones encaminadas a disminuirlas y erradicarlas. No obstante, atribuir las diferencias en las condiciones de salud solo a los determinantes socioeconómicos medidos a partir de las necesidades básicas insatisfechas no basta, ya que existen factores ambientales, educativos, y culturales, que influyen sobre las condiciones de salud que el índice de necesidades básicas insatisfechas no logra evidenciar. Por tal motivo, para una mejor comprensión de la dinámica de las diferencias en salud, se necesita la construcción de una red de causalidad capaz de representar no solo las relaciones entre los factores socioeconómicos y los indicadores de salud, sino también los efectos que intervienen en las acciones de salud, que en conjunto con los primeros, logren afectar la respuesta(16).

Diversas investigaciones dan cuenta sobre la relación que existe entre un bajo nivel de ingresos y el nivel de pobreza de las comunidades, en regiones con un bajo nivel de desarrollo se presentan peores resultados sanitarios que en los de mayor desarrollo. En este sentido, poblaciones en desfavorable condición socioeconómica tendrán menor acceso a los servicios de salud que a su vez, por lo general son de baja o mediana calidad. Esto se ve reflejado en una alta prevalencia de enfermedades crónicas tratables y previsibles e incluso en mayores tasas de mortalidad

### **Etnia**

La pertenencia étnica es un factor preponderante en la razón de mortalidad materna, es influenciado también por las condiciones de vida, la oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud. En el municipio de Santander de Quilichao se han presentado casos de mortalidad materna en 2011 y 2015, entre comunidades indígenas y en el año 2011 en comunidades afrodescendientes, Es importante incentivar los programas de control prenatal. En los años 2010, 2016 y 2020 la mortalidad materna registrada en el periodo de estudio, no se asocia con alguna de las etnias reconocidas en el territorio nacional, y fueron reportadas como de otras etnias, presentando una tasa elevada de 174,22 en 2020 siendo las más superior en el periodo evaluado para esta etnia. Tabla 25

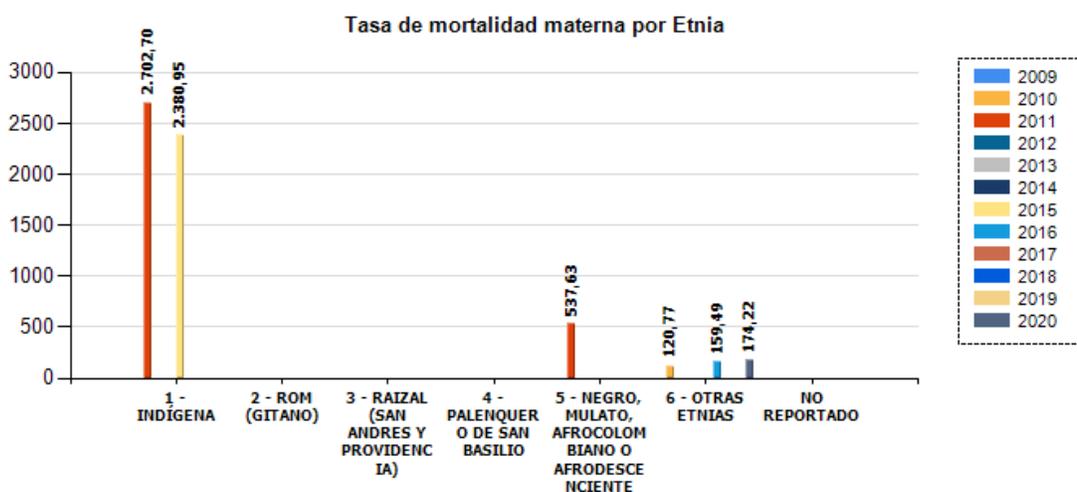


**Tabla 25. Mortalidad Materna por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020**

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - INDÍGENA			2.702,70				2.380,95					
2 - ROM (GITANO)												
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)												
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO												
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE			537,63									
6 - OTRAS ETNIAS		120,77						159,49				174,22
NO REPORTADO												
Total General		73,15	215,52				193,30	129,70				129,20

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

**Figura 43. Tasa de mortalidad Materna por etnia 2009-2020, Santander de Quilichao.**



Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

Así mismo, hay presencia de casos de mortalidad neonatal en niños y niñas indígenas en todos los años excepto el año 2015, 2019 y 2020, más preocupante la etnia afrodescendiente, en todos los años excepto 2016 presento casos de mortalidad neonatal, lo que nuevamente evidencia la baja integralidad en los programas de detección temprana y protección específica.

La ocurrencia de este fenómeno, que brinda información sobre la posibilidad de muerte para población menor de un año, proporciona más que valores cuantificables, esto se traduce en que no existen las condiciones básicas para un desarrollo integral, la falta de vivienda,



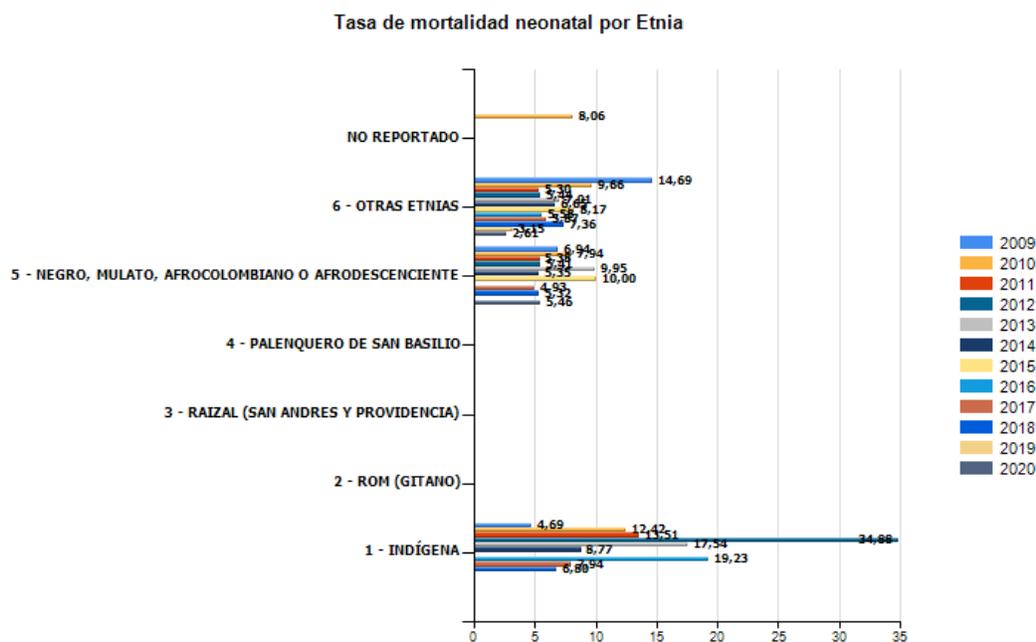
la inadecuada alimentación, falta de educación, ineficientes servicios de salud son condiciones determinantes en el bienestar de las maternas y los niños menores de un año

**Tabla 26. Mortalidad Neonatal por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020**

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - INDÍGENA	4,69	12,42	13,51	34,88	17,54	8,77		19,23	7,94	6,80		
2 - ROM (GITANO)												
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)												
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO												
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	6,94	7,94	5,38	5,41	9,95	5,35	10,00		4,93	5,32		5,46
6 - OTRAS ETNIAS	14,69	9,66	5,30	5,44	7,01	6,65	8,17	5,58	5,87	7,36	3,15	2,61
NO REPORTADO		8,06										
Total General	10,08	9,51	6,47	7,28	8,24	6,64	8,38	5,84	5,91	7,06	2,55	2,58

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

**Figura 44. Tasa de mortalidad neonatal por etnia 2009-2020, Santander de Quilichao.**



Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

Las inequidades sociales, características de América Latina y el Caribe también están presente en las distintas formas de malnutrición; las zonas rurales en general, determinadas territorios rezagados, las mujeres, los pueblos indígenas y los hogares con menores ingresos enfrentan mayores niveles de exclusión del derecho a la alimentación. Las

diversas formas de malnutrición no se generan solamente por la ingesta inadecuada o insuficiente de alimentos, sino que también involucran un conjunto de procesos interrelacionados con las desigualdades en el acceso a la salud, la educación, el saneamiento, los servicios básicos, la equidad de género, la procedencia étnica entre otros. UNICEF refiere que el estado nutricional está determinado por dos causas inmediatas: la ingesta inadecuada de alimentos y las enfermedades, a su vez, estas están determinadas por tres factores: la seguridad alimentaria en el hogar, las prácticas de atención y alimentación inadecuadas, y el entorno doméstico insalubre y los servicios de salud inadecuados. Es decir, los niños tendrán un estado nutricional óptimo si pueden acceder a una alimentación variada y nutritiva, a prácticas adecuadas de atención materno infantil, a servicios de salud adecuados y a un entorno saludable que incluya agua potable, saneamiento y buenas prácticas de higiene(18).

Aunque la población indígena continúa siendo mayoritariamente rural, esta no ha sido ajena al proceso de urbanización, si bien la migración del campo a la ciudad puede dar lugar a nuevas oportunidades laborales y a mejores condiciones de salud o educación, también implica importantes desafíos y posibles situaciones de precariedad en comparación con otros grupos poblacionales. En el caso de la población indígena, el territorio tiene un papel fundamental en la preservación de su identidad colectiva y, por tanto, la migración puede tener importantes implicaciones sobre la forma de vida, y por ende, en los patrones alimentarios de estas poblaciones(18).

El consumo de alimentos es un factor indispensable en el de desarrollo de las poblaciones; la lactancia materna se considera la primera forma de garantizar la seguridad alimentaria en los primeros seis meses de vida, y posteriormente iniciar la alimentación complementaria y promover la adhesión a la alimentación familiar(19). Moreno Gil refiere que aunque para las mujeres indígenas la lactancia materna es una práctica saludable, las cifras a nivel nacional reflejan una disminución de esta práctica de cuidado; en un resguardo indígena en Santander de Quilichao se encontró que las mujeres de esta comunidad dan inicio a la alimentación complementaria antes de lo recomendado, según este estudio la introducción temprana de alimentos sólidos antes de los seis meses de edad se relaciona con malnutrición, ya sea por déficit o por exceso. Lo anterior asociado al alto índice de necesidades básicas insatisfechas en estas comunidades, limitando el acceso a una alimentación balanceada(19).

### **Área de residencia**

La seguridad alimentaria es un factor determinante, que contribuye a garantizar unas condiciones mínimas para sobrevivir, el acceso a servicios públicos, bajo peso al nacer, duración de la lactancia materna y factores conductuales, psicológicos y culturales se suman al conjunto de factores que se relacionan directamente con la calidad de vida y el



bienestar de la población. Aunque ocurre un número similar de muertes en las áreas de residencia analizadas, no hay que dejar de lado que en las cabeceras y centros poblados se tiene mayor acceso al tabaco, alcohol, fármacos y demás sustancias que se repercuten negativamente en el estado de salud de la población infantil y femenina. Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno –infantil

### Mortalidad Materna por Área

En el año 2020 el área de residencia de los casos de mortalidad Materna en el municipio de Santander de Quilichao, se concentra principalmente en centros poblados, y con menor frecuencia en el área rural dispersa el municipio no registró mortalidades en ese año en cabecera.

**Tabla 27. Mortalidad Materna por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020**

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - CABECERA		131,41	138,50				123,76	125,31				
2 - CENTRO POBLADO			581,40					414,94				680,27
3 - AREA RURAL DISPERSA			200,80				435,73					161,55
SIN INFORMACION												
Total General		73,15	215,52				193,30	129,70				129,20

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

### Mortalidad Neonatal por Área

En el año 2020 el área de residencia de los casos de mortalidad Neonatal en el municipio de Santander de Quilichao, se concentra principalmente en centros poblados, y con menor frecuencia en el área rural dispersa el municipio no registró mortalidades en ese año en cabecera. Tabla 28

**Tabla 28. Mortalidad Materna por Etnia municipio de Santander de Quilichao, 2009 -2020**

Area Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 - CABECERA	9,60	7,88	9,70	6,93	6,74	6,58	8,66	3,76	4,91	3,69	2,54	2,56
2 - CENTRO POBLADO	6,83	4,74	5,81	3,69	4,35		3,51	8,30		5,56	6,10	
3 - AREA RURAL DISPERSA	13,93	15,58	2,01	10,50	12,37	10,87	10,89	7,95	10,75	12,41	1,62	3,23
SIN INFORMACION												
Total General	10,08	9,51	6,47	7,28	8,24	6,64	8,38	5,84	5,91	7,06	2,55	2,58

Fuente: DANE-SISPRO-MINSALUD

## IDENTIFICACION DE PRIORIDADES POR MORTALIDAD

A continuación, se analizan las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y niñez, de acuerdo con las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud. Priorizar significa situar los problemas de acuerdo con el orden en que deben ser abordados, esto permitirá una mejor intervención en las actividades de promoción y prevención y la asignación de los recursos de manera eficiente en los próximos años y por consiguiente mejorar la salud de la población

Dentro de las principales prioridades se identificaron los 16 grupos de riesgo según el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

En las grandes causas el grupo de riesgo con mayor riesgo son las enfermedades del sistema circulatorio (131,17), estando por encima del valor departamental con tendencia ascendente, seguido de las causas externas (114,92) por encima del valor departamental con tendencia ascendente y en tercer lugar están las demás causas (104,94) estando por encima del valor departamental en ascendencia.

En el grupo específico por subcausas y grupos, está en primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón (64,12), estando por debajo del valor departamental (69,73), seguido de las enfermedades cardiovasculares (22,08) estando por debajo del valor departamental (27,72), los homicidios (72,92) estando por encima del valor departamental (48,92), los accidentes de transporte terrestre (16,13) estando por encima del valor departamental (14,61), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (14,28), estando por debajo del valor departamental (17,73) y diabetes mellitus (10,41) estando por debajo del valor departamental (11,61).

En el grupo de mortalidad infantil y de niñez, están otras afecciones del periodo perinatal (3), seguido de malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas (2).

En el grupo materno infantil y en la niñez, está en primer lugar la mortalidad materna con 129,2, estando por encima del valor departamental (50,62), en segundo lugar, está la tasa de mortalidad en la niñez (6,46) estando por debajo del valor departamental (12,4) y por último la tasa de mortalidad infantil (4,52) estando constante.



**Tabla 29. Identificación de prioridades en salud del municipio de Santander de Quilichao 2020**

Mortalidad	Prioridad	Santander de Quilichao 2020	Cauca 2020	Tendencia 2005 a 2020	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	131,17	129,67	Ascendente	001
	2. Causas externas	114,92	80,87	Ascendente	012
	3. Las demás causas	104,94	85,18	Ascendente	000
Específica por Subcausas o subgrupos	Enfermedades isquémicas del corazón	64,12	69,33	Descendete	009
	Enfermedades cerebrovasculares	22,08	27,72	Descendete	007
	Agresiones (homicidios)	72,92	48,92	Ascendente	012
	Accidentes de transporte terrestre	16,13	14,61	Ascendente	012
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	14,28	17,73	Descendete	000
	Diabetes mellitus	10,41	11,61	Descendete	000
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3		Descendete	008
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2		Descendete	008
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	Razón de mortalidad materna	129,2	50,62	Ascendente	008
	Tasa de mortalidad en la niñez	6,46	12,04	Ascendente	008
	Tasa de mortalidad infantil	4,52	10,01	Constante	008

Fuente: DANE\_SISPRO-MSPS

## Conclusiones

Durante el periodo analizado 2005- 2020 **las enfermedades del sistema circulatorio, muertes por causa externa, las demás causas** generaron la mayor carga de mortalidad en la población Quilichagüeña. Este comportamiento se asemeja al departamental y nacional. Si bien estos grandes grupos de mortalidad son los responsables de la mayoría de las defunciones en la población en general, por sexo se halló que son las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas, son las responsables de la carga de mortalidad masculina, mientras que en población femenina son las enfermedades cardiovasculares, las demás causas y las neoplasias. Se concluye entonces que es necesario desarrollar e implementar programas de promoción de estilos de vida saludable, fortalecer los programas de detección temprana y protección específica, promover la convivencia y la solidaridad, fortalecer entornos sanos, desarrollar políticas ambientales que contribuyan al buen vivir de la sociedad. Respecto al grupo de enfermedades del sistema circulatorio, la mayor parte de la mortalidad se ubica en

enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e hipertensivas, respectivamente.

Dentro del grupo de **causas externas**, los homicidios, suicidios y accidentes terrestres de tránsito son los culpables del mayor número de años de vida potencialmente perdidos, las cifras descritas dan cuenta de la magnitud del problema en Santander de Quilichao. Las poblaciones masculinas se ven afectadas en la mayoría de los casos por enfrentamientos armados, ajuste de cuentas, bandas de delincuenciales, situaciones de pobreza e inequidad.

Para el grupo de las **demás causas**, la carga de mortalidad se concentra en las enfermedades de las vías respiratorias inferiores y diabetes mellitus.

En concordancia con el comportamiento de la **mortalidad infantil y la niñez** en la nación, el municipio de Santander de Quilichao viene presentando importantes logros en la disminución de la mortalidad infantil, después de haber presentado tasas de mortalidad por encima de la media nacional y departamental. En cuanto a las causas de mortalidad se identifican ciertas afecciones al periodo perinatal, las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, como las principales responsables de la carga de mortalidad en la niñez

### **Análisis de la morbilidad**

El análisis de la morbilidad es un componente importante, ya que además de que permite identificar la evolución del proceso salud – enfermedad y sus posibles causas, brinda a los planeadores y tomadores de decisión herramientas que ayudan a definir cuáles son las intervenciones para ejecutar desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se realiza un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes de información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Savigila, y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en el municipio.

Se estiman las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad junto con los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland.



### 2.2.1. Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

- **Morbilidad atendida**

Dentro de las grandes causas de morbilidad atendida en registradas en el año 2020 en Santander de Quilichao predominan en todos los ciclos vitales los diagnósticos asociados a enfermedades no transmisibles, seguido de condiciones mal clasificadas y en tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales.

A continuación, se describen las tres primeras causas de morbilidad por curso de vida acorde al número de consultas atendidas en el 2021, la proporción que representa el número de consultas para el año 2021, y el número de puntos porcentuales (en adelante p.p.) de incremento o disminución relacionado con la proporción del año anterior, es importante tener en cuenta que la disminución de consultas del 2021 con respecto al 2020 está asociada a las medidas restrictivas y la limitación en el acceso físico y virtual a los servicios de salud. Cabe destacar desde ya, el aumento de las condiciones mal clasificadas como causa de morbilidad en todos los ciclos vitales.

#### **Primera infancia (0-5 años)**

La primera causa de morbilidad en infancia de 0 a 5 años en el periodo 2009 a 2021 se presentó por Las **enfermedades no transmisibles** con un total de 42,92% y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de 3,12, con un comportamiento estable entre los años 2014 y 2021 y una tendencia ascendente para el último año, la segunda causa se presentó por **condiciones transmisibles y nutricionales** con un total de 3524 consultas (23,64%), en 2021 y con un cambio porcentual de 1, en relación con el año anterior, con un comportamiento estable en los dos últimos años. En tercer lugar, **las condiciones mal clasificadas** que presentaron un 21,13%, las cuales presentaron un cambio porcentual de -5,69, en relación con el año anterior.

#### **Infancia (6-11 años)**

La primera causa de morbilidad en el periodo 2009 a 2021 en infancia de 6 a 11 años son las **enfermedades no transmisibles** con 54,58%, se observa un cambio porcentual entre los años 2020 y 2021 de 6,95, con un comportamiento oscilante entre el 2009 y 2021,

seguida de las **condiciones transmisibles y nutricionales** con 14,03% en 2021 donde se presentó un cambio porcentual -3,78. frente al año anterior. El tercer lugar lo ocupan las **condiciones mal clasificadas** con 3149 consultas, en 2021 con 19,27% presentando un cambio porcentual de -4,97 en relación con el año anterior.

### Adolescencia (12-18 años)

La primera causa de morbilidad en el periodo 2009 a 2021, en la adolescencia la principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** presento un 55,27% de consultas registradas en el 2020 con un cambio porcentual de 5,70 en entre 2020 y 2021, la segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones Transmisibles y nutricionales** que presento en 2021 un 11,26% de atenciones, se observa un cambio porcentual de -5,2 entre 2020 en comparación con el año 2021, seguida de las **Condiciones mal clasificadas con un 20,11 de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de -2,66.**

### La juventud (14-26 años)

En el ciclo vital de Juventud en el periodo 2009 a 2021, la principal causa de morbilidad atendida son las **enfermedades no transmisibles** con un comportamiento estable, en 2021 con un total de 50,34% atenciones, se observa un cambio porcentual de 1,03 entre el 2020 y 2021. La segunda causa son las **condiciones mal clasificadas** con 18,63% de atenciones y un cambio porcentual de -1,92 entre 2020 y 2021. En tercer lugar, se encuentran las **Condiciones transmisibles y Nutricionales** con un total de 9,59% de atenciones y un cambio porcentual de -2,25 entre los años 2020 y 2021

### Adulthood (29-59 años)

La principal causa de morbilidad atendida en el periodo 2009 a 2021 en el ciclo vital de adultez son las **enfermedades no transmisibles** con un total de (71,67%), con un cambio porcentual de 3,72 entre los años 2020 y 2021 con un comportamiento estable en el periodo. La segunda causa de morbilidad atendida son las **condiciones mal clasificadas** con un total atenciones de (14,07%), y un cambio porcentual de -1,61 de disminución frente al año 2020. La tercera causa de morbilidad son las **condiciones transmisibles y nutricionales** con un total de 5.576 atenciones (6,58%), en comparación con el año anterior se observa una disminución porcentual de -2,24

### Mayores de 60 años

En la vejez en el periodo 2009 a 2021, las mayor causa de morbilidad atendida son **las enfermedades no transmisibles** con un total de 57.002 atenciones (84, 22%), con un cambio porcentual de 1,65 ente 2020 y 2021, la segunda causa de morbilidad son **las**



**condiciones mal clasificadas**, con un total de 6.056 atenciones (8,95%), con un cambio porcentual de -1,23 entre 2020 y 2021, en tercer lugar se ubican **Condiciones transmisibles y nutricionales** con un total de (3,35%), de atenciones en comparación con el año anterior no se observa una variación significativa.

En la tabla 30 se pueden observar para el periodo analizado 2009-2021 el porcentaje total anual que representa cada causa de morbilidad en cada ciclo vital según el número de consultas realizadas, la columna de la derecha  $\Delta$  pp 2021 – 2020 representa los puntos de variación en el porcentaje que representa cada causa de morbilidad entre el año 2021 y el año 2020.

**Tabla 30. Principales causas de morbilidad, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													$\Delta$ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y	45,57	42,87	46,41	39,02	42,25	35,68	37,78	39,41	31,90	28,20	28,60	22,44	23,64	1,20
	Condiciones perinatales	0,83	0,99	2,35	2,65	1,67	1,92	2,06	1,88	2,11	1,91	3,80	3,61	4,78	1,17
	Enfermedades no	32,83	37,03	31,71	35,39	38,50	43,05	41,57	39,39	44,26	48,08	43,33	39,80	42,92	3,12
	Lesiones	5,96	5,50	6,10	6,89	5,79	5,80	5,28	5,31	5,00	4,60	6,28	7,33	7,53	0,20
	Condiciones mal clasificadas	14,81	13,60	13,42	16,05	11,78	13,55	13,31	14,00	16,74	17,21	18,00	26,82	21,13	-5,69
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y	30,45	27,27	24,24	21,23	25,68	20,12	25,94	22,58	19,62	16,67	17,34	17,80	14,03	-3,78
	Condiciones maternas	0,00	0,06	0,12	0,02	0,00	0,07	0,36	0,02	0,00	0,01	0,10	0,09	0,01	-0,08
	Enfermedades no	47,13	50,71	55,29	56,92	57,06	60,10	53,01	56,00	58,88	59,29	57,95	47,63	54,58	6,95
	Lesiones	8,93	7,82	8,60	10,16	6,60	8,31	7,47	7,67	7,76	6,71	7,77	10,24	12,11	1,88
	Condiciones mal clasificadas	13,48	14,13	11,75	11,67	10,66	11,40	13,22	13,72	13,74	17,32	17,24	24,24	19,27	-4,97
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y	27,94	24,39	18,52	15,73	16,71	14,44	17,21	20,56	16,50	14,13	15,17	16,28	11,16	-5,12
	Condiciones maternas	0,29	0,75	0,63	0,88	0,35	0,78	0,48	0,70	0,41	0,08	0,48	1,11	1,31	0,20
	Enfermedades no	46,11	51,14	58,40	53,11	59,19	60,70	56,59	53,70	58,80	59,66	54,15	49,57	55,27	5,70
	Lesiones	14,35	12,76	12,57	19,89	13,27	13,02	12,53	10,83	11,29	11,72	11,70	10,27	12,15	1,88
	Condiciones mal clasificadas	11,31	10,95	9,87	10,39	10,48	11,07	13,19	14,20	13,01	14,38	18,50	22,77	20,11	-2,66
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y	17,42	15,39	13,18	12,97	12,63	12,16	12,82	12,92	11,52	9,77	10,41	11,83	9,59	-2,25
	Condiciones maternas	5,53	6,35	7,70	7,34	5,09	6,06	6,25	7,42	6,67	6,95	6,81	7,24	10,40	3,15
	Enfermedades no	57,49	59,09	59,93	58,33	64,27	61,89	60,19	57,07	56,98	53,37	51,85	49,82	50,34	1,03
	Lesiones	7,19	6,94	8,13	9,18	6,60	7,96	7,49	8,89	7,72	11,47	12,46	11,05	11,04	-0,01
	Condiciones mal clasificadas	12,37	12,23	11,06	12,18	11,40	11,94	13,25	13,71	17,12	18,44	18,67	20,55	18,63	-1,92
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y	13,69	11,56	9,84	9,32	10,34	10,48	10,42	10,61	8,57	7,53	7,98	8,81	6,58	-2,24
	Condiciones maternas	0,94	1,38	1,43	1,40	1,16	1,38	1,36	1,42	1,31	1,33	1,21	1,23	1,47	0,24
	Enfermedades no	68,83	69,69	73,09	72,21	73,73	71,48	71,46	69,52	70,48	70,23	70,10	67,95	71,67	3,72
	Lesiones	6,05	6,35	5,79	6,74	5,22	5,62	5,45	6,85	6,54	6,66	6,74	6,32	6,21	-0,11
	Condiciones mal clasificadas	10,49	11,02	9,86	10,32	9,55	11,05	11,30	11,60	13,10	14,26	13,97	15,69	14,07	-1,61
Persona mayor (Mayores de 60)	Condiciones transmisibles y	7,97	6,88	5,22	5,13	4,91	4,04	5,84	4,46	4,65	4,11	4,18	4,09	3,35	-0,74
	Condiciones maternas	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no	78,76	80,90	83,33	80,73	84,36	82,85	83,35	85,24	82,46	81,11	81,45	82,57	84,22	1,65
	Lesiones	5,15	4,38	4,49	4,83	3,98	5,81	3,29	2,89	3,88	4,17	4,25	3,16	3,49	0,32
	Condiciones mal clasificadas	8,11	7,83	6,95	9,32	6,75	7,30	7,52	7,41	9,01	10,59	10,11	10,18	8,95	-1,23

Fuente: MIN SALUD-SISPRO-DANE



- **Principales causas de Morbilidad en hombres**

#### **Primera infancia (0-5 años)**

La principal causa de morbilidad en hombres en la primera Infancia entre los años 2009 y 2021 se presentó por **las enfermedades no transmisibles** con un total de 41,51% de atenciones y donde se observa en comparación con el año 2020 un cambio porcentual del 3,51, seguida de **las condiciones transmisibles y nutricionales** con 23,76% de atenciones y un cambio porcentual de 0,57 entre los años 2020 y 2021, como tercera causa se encuentra las **condiciones mal clasificadas** con un 20,97% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -6,37 entre 2020 y 2021.

#### **Infancia (6-11 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en hombres Infancia entre 2009 y 2021 son las **enfermedades no transmisibles** con 54,62% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 6,00 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **condiciones trasmisibles y nutricionales con** un total de 13,13% de atenciones y un cambio porcentual de -5,18 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **las condiciones mal clasificadas** que presento un 17,93% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -4,67 entre 2020 y 2021.

#### **Adolescencia (12-18 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en hombres Adolescencia entre 2009 y son las **enfermedades no transmisibles** con 57,48% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 6,79 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **condiciones trasmisibles y nutricionales con** un total de 10,23% de atenciones y un cambio porcentual de -4,92 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **las lesiones que** presento un 17,92% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -3,80 entre 2020 y 2021.

#### **La juventud (14-26 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en hombres en el ciclo vital de Juventud entre 2009 y 2021 son las **enfermedades no transmisibles** con 48,80% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 5,16 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Lesiones** un total de 23,60% de atenciones y un cambio porcentual de 0,86 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **las Condiciones Transmisibles y nutricionales que** presento un 11,60% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -3,17 entre 2020 y 2021.

#### **Adultez (27-59 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en hombres en Adultez entre 2009, son las **enfermedades no transmisibles** con 67,14% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 4,59 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Lesiones** con



un total de 11,61% de atenciones y un cambio porcentual de 0,28 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **las Condiciones mal clasificadas** que presentó un 12,99% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -2,39 entre 2020 y 2021

### Mayores de 60 años

La principal causa de morbilidad atendida en hombres Mayores de 60 años entre 2009 y 2021 son las **enfermedades no transmisibles** con 82,57% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 2,01 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Condiciones mal clasificadas** con un total de 9,63 % de atenciones y un cambio porcentual de -1,29 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **Lesiones** que presentó un 4,10% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 0,14 entre 2020 y 2021 Tabla 31

**Tabla 31. Principales causas de morbilidad en hombres, municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y	46,52	42,35	46,64	40,38	41,18	36,42	36,64	38,77	32,42	29,33	28,17	23,19	23,76	0,57
	Condiciones perinatales	0,66	0,86	1,64	1,59	1,34	1,89	2,36	1,95	2,60	1,80	2,96	3,64	5,26	1,62
	Enfermedades no	32,11	36,77	31,44	35,30	39,26	42,23	42,40	40,18	43,98	45,93	45,03	38,01	41,51	3,51
	Lesiones	6,09	6,51	6,58	7,32	6,65	6,98	5,73	5,67	4,87	5,07	6,48	7,82	8,50	0,68
	Condiciones mal clasificadas	14,63	13,51	13,70	15,41	11,57	12,57	12,87	13,42	16,13	17,87	17,36	27,34	20,97	-6,37
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y	30,43	26,76	23,99	20,59	24,92	18,74	25,33	21,88	19,91	16,92	16,14	18,31	13,13	-5,18
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,04	0,01	0,00	0,08	0,61	0,04	0,00	0,00	0,13	0,12	0,02	-0,09
	Enfermedades no	49,55	50,57	54,71	55,27	56,54	60,38	52,62	54,76	58,34	59,54	58,66	48,62	54,62	6,00
	Lesiones	10,99	9,71	10,25	12,72	8,45	10,42	9,22	9,60	9,15	7,26	8,80	10,36	14,30	3,94
	Condiciones mal clasificadas	13,03	12,96	11,01	11,40	10,10	10,37	12,22	13,72	12,61	16,28	16,27	22,59	17,93	-4,67
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y	25,20	20,59	17,02	13,93	15,74	12,06	16,27	16,77	13,63	12,61	12,57	15,15	10,23	-4,92
	Condiciones maternas	0,10	0,11	0,23	0,00	0,00	0,15	0,26	0,00	0,07	0,02	0,24	0,54	0,30	-0,23
	Enfermedades no	47,28	52,09	59,36	53,70	60,18	62,22	57,18	56,89	60,98	60,71	56,51	50,68	57,48	6,79
	Lesiones	15,33	14,77	12,97	21,77	13,78	14,26	12,93	12,77	12,20	12,22	13,48	11,91	14,07	2,16
	Condiciones mal clasificadas	12,10	12,45	10,43	10,61	10,30	11,32	13,38	13,87	13,16	14,44	17,19	21,72	17,92	-3,80
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y	21,07	16,30	14,71	14,16	13,91	13,66	15,17	13,97	15,67	11,79	11,83	14,76	11,60	-3,17
	Condiciones maternas	0,09	0,32	0,03	0,04	0,01	0,08	0,26	0,10	0,00	0,02	0,01	0,52	0,93	0,41
	Enfermedades no	53,89	58,42	57,29	56,64	62,85	60,93	57,86	53,08	55,88	50,55	49,62	43,64	48,80	5,16
	Lesiones	15,24	15,19	18,47	19,62	14,12	16,58	15,37	21,68	15,67	23,10	25,36	22,74	23,60	0,86
	Condiciones mal clasificadas	9,72	9,77	9,50	9,54	9,30	8,76	11,54	11,17	12,98	14,55	13,17	18,34	15,08	-3,26
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y	15,37	12,69	10,30	10,14	11,74	11,98	11,16	10,68	9,43	8,66	9,25	10,69	8,26	-2,43
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	-0,04
	Enfermedades no	63,96	64,91	70,03	68,18	69,06	67,72	68,01	64,25	66,62	67,00	66,08	62,55	67,14	4,59
	Lesiones	11,05	12,76	10,82	12,65	9,82	9,93	10,25	14,97	13,10	12,11	12,34	11,34	11,61	0,28
	Condiciones mal clasificadas	9,61	9,63	8,84	9,03	9,38	10,36	10,57	10,09	10,85	12,23	12,33	15,38	12,99	-2,39
Persona mayor (Mayores de 60)	Condiciones transmisibles y	7,76	6,83	4,86	4,96	4,98	3,62	5,54	3,71	4,20	3,63	4,51	4,57	3,70	-0,87
	Condiciones maternas	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01
	Enfermedades no	76,43	79,10	82,11	79,07	81,64	80,38	82,34	85,49	80,95	79,95	78,66	80,56	82,57	2,01
	Lesiones	6,64	5,39	5,77	5,52	5,78	8,74	4,43	3,34	4,79	5,07	5,68	3,96	4,10	0,14
	Condiciones mal clasificadas	9,17	8,65	7,26	10,45	7,60	7,25	7,69	7,46	10,06	11,35	11,14	10,92	9,63	-1,29

Fuente: MIN SALUD-SISPRO-DANE



- **Principales causas de morbilidad en mujeres:**

#### **Primera infancia (0-5 años)**

La principal causa de morbilidad en mujeres en la primera Infancia entre los años 2009 y 2021 se presentó por **las enfermedades no transmisibles** con un total de 44,36% de atenciones y donde se observa en comparación con el año 2020 un cambio porcentual del 2,65, seguida de **Las condiciones transmisibles y nutricionales** con 23,53% de atenciones y un cambio porcentual de 1,88 entre los años 2020 y 2021, como tercera causa se encuentra las **Condiciones Mal clasificadas** con un 21,59 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -4,97 entre 2020 y 2021.

#### **Infancia (6-11 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en mujeres Infancia entre 2009 y 2021 son las **enfermedades no transmisibles** con 54,53% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 7,97 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Condiciones trasmisibles y Nutricionales con** un total de 15,03% de atenciones y un cambio porcentual de -2,23 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **las Condiciones mal clasificadas** que presento un 20,77% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -5,24 entre 2020 y 2021.

#### **Adolescencia (12-18 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en mujeres Adolescencia entre 2009 y son las **enfermedades no transmisibles** con 46,61% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 2,16 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Condiciones trasmisibles y Nutricionales** con un total de 14,81% de atenciones y un cambio porcentual de -6,67 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **las Condiciones mal clasificadas** presento un 28,70 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 1,12 entre 2020 y 2021.

#### **La juventud (14-26 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en hombres en el ciclo vital de Juventud entre 2009 y 2021 son las **enfermedades no transmisibles** con 51,12% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -1,38 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Condiciones mal clasificadas** un total de 20,42% de atenciones y un cambio porcentual de -1,37 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **las Condiciones Transmisibles y nutricionales** que presento un 8,57 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -1,62 entre 2020 y 2021.

#### **Adultez (27-59 años)**

La principal causa de morbilidad atendida en mujeres en Adultez entre 2009 y 2021, son las **Enfermedades no transmisibles** con 73,87 % de atenciones en 2021 y un cambio



porcentual de 3,00 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Condiciones mal clasificadas** con un total de 14,60 % de atenciones y un cambio porcentual de -1,25 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **Condiciones transmisibles y nutricionales** que presento un 5,75 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -2,04 entre 2020 y 2021.

### Mayores de 60 años

La principal causa de morbilidad atendida en mujeres Mayores de 60 años entre 2009 y 2021 son las **enfermedades no transmisibles** con 85,23% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 1,28 entre 2020 y 2021, la segunda causa se presentó por las **Condiciones mal clasificadas** con un total de 8,53 % de atenciones y un cambio porcentual de -1,14 entre 2020 y 2021. La tercera causa se presentó por **Condiciones transmisibles y nutricionales** que presento un 3,13 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -0,63 entre 2020 y 2021. Tabla 32

**Tabla 32. Principales causas de morbilidad en mujeres, municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2021**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp. 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y Condiciones perinatales	44,47	43,42	46,16	37,47	43,38	34,86	38,16	40,14	31,37	27,13	29,07	21,64	23,53	1,88
	Enfermedades no transmisibles	33,66	37,31	32,03	35,51	37,71	43,95	40,56	38,51	44,54	50,12	41,44	41,71	44,36	2,65
	Lesiones	5,81	4,43	5,54	6,40	4,88	4,62	4,73	4,91	5,14	4,16	6,06	6,80	6,54	-0,27
	Condiciones mal clasificadas	15,02	13,71	13,10	16,76	12,00	14,62	13,84	14,64	17,35	16,59	18,70	26,26	21,29	-4,97
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y Condiciones maternas	30,49	27,83	24,51	21,88	26,43	21,53	26,59	23,29	19,33	16,42	18,67	17,26	15,03	-2,23
	Enfermedades no transmisibles	48,93	50,87	55,92	58,61	57,58	59,81	53,42	57,27	59,42	59,03	56,81	46,56	54,53	7,97
	Lesiones	6,58	5,75	6,81	7,54	4,76	6,14	5,62	5,71	6,37	6,15	6,62	10,10	9,67	-0,43
	Condiciones mal clasificadas	14,00	15,42	12,56	11,94	11,22	12,46	14,28	13,73	14,87	18,39	18,33	26,02	20,77	-5,24
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y Condiciones maternas	60,68	38,09	29,51	30,31	32,10	35,52	39,54	35,23	43,16	34,69	27,04	21,48	14,81	-8,67
	Enfermedades no transmisibles	32,14	47,74	51,41	48,37	43,45	47,22	42,68	42,53	38,96	45,86	43,34	44,45	48,61	2,16
	Lesiones	2,65	5,52	9,68	4,69	5,24	2,09	3,14	3,32	2,76	4,93	3,50	2,73	4,61	1,86
	Condiciones mal clasificadas	1,89	5,57	5,83	8,62	13,32	8,81	8,79	15,49	11,59	13,64	24,52	27,58	28,70	1,12
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,97	15,01	12,51	12,40	12,06	11,37	11,74	12,49	9,78	8,76	9,67	10,19	8,57	-1,62
	Condiciones maternas	7,70	8,86	11,01	10,81	7,39	9,23	8,97	10,40	9,46	10,43	10,36	11,02	15,19	4,17
	Enfermedades no transmisibles	58,92	59,37	61,07	59,13	65,01	62,40	61,34	58,89	57,83	54,79	52,71	52,51	51,12	-1,38
	Lesiones	3,98	3,52	3,66	4,22	3,20	3,39	3,91	3,66	4,39	5,63	5,72	4,49	4,70	0,21
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones mal clasificadas	13,43	13,25	11,74	13,44	12,35	13,62	14,03	14,75	18,85	20,39	21,54	21,80	20,42	-1,37
	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,95	11,06	9,63	8,92	9,72	9,69	10,08	10,58	8,17	6,98	7,37	7,79	5,75	-2,04
	Condiciones maternas	1,35	1,99	2,07	2,09	1,67	2,09	1,99	2,03	1,93	1,97	1,80	1,88	2,19	0,31
	Enfermedades no transmisibles	70,95	71,81	74,47	74,20	75,78	73,45	73,07	71,78	72,31	71,79	72,03	70,89	73,87	3,00
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones	3,87	3,50	3,52	3,83	3,21	3,35	3,22	3,36	3,43	4,03	4,05	3,60	3,58	-0,01
	Condiciones mal clasificadas	10,88	11,64	10,32	10,95	9,62	11,41	11,64	12,25	14,17	15,24	14,76	15,86	14,60	-1,25
	Condiciones transmisibles y nutricionales	8,10	6,91	5,47	5,24	4,87	4,37	6,04	5,02	4,95	4,44	3,97	3,76	3,13	-0,63
	Condiciones maternas	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades no transmisibles	80,17	81,90	84,18	81,84	86,13	84,84	84,05	85,05	83,43	81,90	83,22	83,96	85,23	1,28
	Lesiones	4,25	3,82	3,61	4,36	2,81	3,46	2,49	2,55	3,29	3,57	3,35	2,62	3,11	0,49
	Condiciones mal clasificadas	7,47	7,37	6,74	8,56	6,19	7,34	7,41	7,38	8,33	10,08	9,46	9,67	8,53	-1,14

Fuente: MIN SALUD-SISPRO-DANE



## 2.2.2. Morbilidad específica

### • Morbilidad específica por subgrupo – Total

A continuación, se describen los primeros subgrupos de causa morbilidad dentro de las grandes causas de morbilidad acorde al número de consultas atendidas en el 2021, la proporción que representa el número de consultas para el año 2021, y el número de puntos porcentuales (en adelante p.p.) de incremento o disminución relacionado con la proporción del año anterior.

#### **Condiciones Transmisibles y Nutricionales**

Para las subcausas por **condiciones transmisibles y nutricionales**, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 se presentó por **Enfermedades infecciosas y parasitarias** con una proporción de 55,15 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de -3,75 en segundo lugar se encuentra **Infecciones respiratorias** con una proporción de 31,71 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 1,06 entre 2020 y 2021, como tercera causa de morbilidad se encuentra las **Deficiencias Nutricionales** con una proporción de 13,14 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 2,69.

#### **Condiciones Maternas**

Para las subcausas por condiciones Maternas y perinatales, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 fue por **Condiciones Maternas** con una proporción de 81,98 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de 2,79 en segundo lugar se encuentra **Las Condiciones Derivadas del periodo perinatal** con una proporción de 18,02 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -2,79 entre 2020 y 2021.

#### **Enfermedades no transmisibles**

Para las subcausas por Enfermedades no transmisibles, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2019 se presentó por **Enfermedades Cardiovasculares** con una proporción de 23,85 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de 4,67 en segundo lugar se encuentra **Las Condiciones Orales** con una proporción de 3,67% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -5,94 entre 2020 y 2021, como tercera causa de morbilidad se encuentra las **Enfermedades Genitourinarias** con una proporción de 10,45 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 0,84.

#### **Lesiones**

Para las subcausas por Lesiones, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 se presentó por **Traumatismos envenenamiento u algunas otras consecuencias de causas externas**, con una proporción de 92,39 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de -1,24, en segundo lugar se encuentra **Las Lesiones No intencionales** con una proporción de 5,31 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual



de 0,75 entre 2020 y 2021, seguida por **Lesiones Intencionales** con una proporción de 2,18 para el año 2021 y un cambio porcentual de 0,41. Tabla 33

**Tabla 33 Morbilidad específica por subgrupos en total - municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2021.**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021
		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)	46,93	52,73	47,07	43,64	45,96	51,42	51,06	50,58	48,75	49,43	50,73	58,90	55,15	-3,75
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	50,40	43,10	47,42	49,86	49,72	42,71	45,10	43,66	45,63	42,83	40,25	30,65	31,71	1,06
	Enfermedades parasitarias (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,66	4,17	5,51	6,50	4,31	5,87	3,84	5,76	5,61	7,74	9,02	10,45	13,14	2,69
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	88,27	87,93	87,97	86,57	86,25	82,42	85,10	89,69	88,43	83,70	76,44	79,19	81,98	2,79
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	11,73	12,07	12,03	13,43	13,75	17,58	14,90	10,31	11,57	16,30	23,56	20,81	18,02	-2,79
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)	0,64	0,72	1,05	1,33	1,04	1,11	1,00	2,10	1,78	2,40	1,78	2,20	2,42	0,42
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,08	1,17	1,55	1,77	1,50	1,71	1,54	1,41	1,47	1,70	1,84	1,89	1,93	0,05
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,53	2,92	2,70	2,83	3,34	3,04	3,05	3,30	4,16	4,96	5,88	7,69	7,95	1,81
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,89	3,94	4,21	4,42	3,78	4,02	3,87	3,65	4,85	4,90	5,02	5,20	5,24	0,18
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,30	5,80	5,53	5,72	6,10	7,45	7,31	7,63	8,87	7,97	10,09	10,31	10,75	0,22
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,59	6,92	6,34	8,99	8,04	8,67	7,03	6,17	7,27	7,79	6,73	5,75	7,05	-0,98
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	13,46	15,88	17,91	14,92	18,94	16,37	20,83	22,90	17,24	17,49	18,23	22,90	23,85	4,67
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,91	5,05	4,06	4,21	3,59	4,24	4,25	4,33	4,00	3,83	3,69	3,09	3,09	-0,60
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,34	5,61	5,87	6,37	5,29	5,37	5,31	5,26	5,32	4,94	5,12	5,90	5,29	0,78
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	15,00	14,08	13,12	12,40	13,27	11,35	12,86	13,60	12,82	11,12	12,00	12,84	10,45	0,84
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,41	7,65	6,57	6,05	5,61	5,71	5,65	5,29	4,70	4,87	5,10	4,86	4,54	-0,24
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,76	11,74	10,76	11,36	9,95	11,30	10,78	9,63	11,12	12,40	12,95	11,87	12,82	-1,09
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,48	0,71	0,58	0,91	0,56	0,72	0,68	0,68	0,89	0,82	0,90	0,78	0,96	-0,12
Condiciones orales (K00-K14)	17,63	17,81	19,75	18,70	18,98	18,95	15,84	14,06	15,50	14,81	10,68	4,73	3,67	-5,94	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,13	4,21	6,01	5,97	5,07	3,78	4,36	5,48	9,94	11,65	12,51	4,56	5,31	0,75
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,59	0,51	0,99	1,18	0,84	1,08	1,46	1,33	1,16	0,78	1,27	1,77	2,18	0,41
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,28	0,37	0,54	0,39	0,42	0,20	0,42	0,32	0,41	0,08	0,14	0,03	0,11	0,08
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,00	94,91	92,46	92,46	93,67	94,94	93,75	92,87	88,49	87,50	86,08	93,63	92,39	-1,24
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: MIN SALUD-SISPRO-DANE

• **Morbilidad específica por subgrupo - Hombres**

**Condiciones Transmisibles y Nutricionales**

Para las subcausas por **condiciones transmisibles y nutricionales** en hombres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 se presentó por **Enfermedades**



**infecciosas y parasitarias** con una proporción de 58,03% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de -4,08 en segundo lugar se encuentra **Infecciones respiratorias** con una proporción de 31,34 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 1,79 entre 2020 y 2021, como tercera causa de morbilidad se encuentra las **Deficiencias Nutricionales** con una proporción de 10,63 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 2,29.

### Condiciones Maternas

Para las subcausas por condiciones Maternas y perinatales en hombres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 fue por **Las Condiciones Derivadas del periodo perinatal** con una proporción de 80,51 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de 3,64 en segundo lugar se encuentra **Condiciones Maternas** con una proporción de 19,49 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -3,64 entre 2020 y 2021.

### Enfermedades no transmisibles

Para las subcausas por Enfermedades no transmisibles en hombres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2019 se presentó por **Enfermedades Cardiovasculares** con una proporción de 23,35 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de 1,28 en segundo lugar se encuentra **Las Condiciones Orales** con una proporción de 4,22 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -1,17 entre 2020 y 2021, como tercera causa de morbilidad se encuentra las **Enfermedades Musculo esqueléticas** con una proporción de 12,74 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 1,27 entre 2020 y 2021.

### Lesiones

Para las subcausas por Lesiones en hombres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 se presentó por **Traumatismos envenenamiento u algunas otras consecuencias de causas externas**, con una proporción de 93,28 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de -0,99%, en segundo lugar se encuentra **Las Lesiones No intencionales** con una proporción de 4,68 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 0,13 entre 2020 y 2021, seguida por **Lesiones Intencionales** con una proporción de 1,98 para el año 2021 y un cambio porcentual de 0,81 entre 2020 y 2021.

Tabla 34.



**Tabla 34. Morbilidad específica por subgrupos en hombres - municipio de Santander de Quilichao 2009 –2021**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Δ pp 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)	45,50	52,64	48,11	44,46	47,03	52,84	52,65	51,61	50,78	52,00	51,32	62,11	58,03	-4,08
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52,32	43,86	48,20	50,44	49,98	43,66	44,80	44,78	45,15	42,75	41,49	29,55	31,34	1,79
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	2,19	3,50	3,69	5,10	2,99	3,50	2,56	3,61	4,06	5,25	7,19	8,34	10,63	2,29
Condiciones maternas perinatales (O00-C99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-C99)	9,46	9,82	11,18	0,98	0,00	0,63	3,70	4,48	2,19	1,96	6,75	23,13	19,49	-3,64
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	90,54	90,18	88,82	99,02	100,00	99,38	96,30	95,52	97,81	98,04	93,25	76,87	80,51	3,64
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-I89, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,50	0,91	1,07	1,29	1,03	1,41	1,55	3,69	2,59	3,22	2,10	2,83	3,25	0,42
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,58	0,77	0,88	0,89	0,94	0,94	1,01	1,14	1,03	1,64	1,67	1,41	1,42	0,01
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,64	3,15	2,87	2,79	3,17	3,00	3,15	3,25	4,42	4,80	5,74	8,05	7,64	-0,41
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,49	3,46	3,16	3,78	2,96	2,84	2,93	2,70	3,81	3,65	3,69	3,87	4,02	0,15
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,54	6,80	6,51	6,75	8,29	9,69	9,92	10,82	10,26	10,07	13,62	13,04	13,34	0,30
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,96	8,57	7,63	9,97	9,22	8,84	7,48	6,97	8,63	8,16	7,38	6,15	7,91	1,76
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I89)	13,90	15,71	18,71	14,33	18,96	17,61	21,41	23,49	18,55	18,21	17,98	22,99	24,30	1,32
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	0,00	0,00	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 digestivas (K20-K92)	6,80	6,02	6,23	6,92	5,37	6,06	6,29	5,87	5,96	5,42	5,53	6,89	6,00	-0,89
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,38	8,03	7,53	8,83	7,82	7,12	7,12	7,82	8,57	8,20	9,09	10,34	8,06	-2,28
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	10,50	10,39	8,36	7,86	7,18	7,12	7,19	6,69	5,74	6,29	6,35	6,04	5,38	-0,65
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	14,06	12,37	12,18	12,82	10,81	12,08	11,22	9,41	11,66	12,43	13,06	11,94	13,25	1,31
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,57	0,92	0,74	0,97	0,69	0,72	0,90	0,88	0,66	0,72	0,99	0,84	1,02	0,18
	Condiciones orales (K00-K14)	23,07	22,89	24,11	22,81	23,57	22,59	19,84	17,27	18,11	17,19	12,80	5,61	4,39	-1,22
	Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y89, Y40-Y86, Y88, Y89)	2,82	3,49	6,57	6,98	4,67	3,52	3,93	4,10	9,47	7,06	7,55	4,55	4,68
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)		0,27	0,34	0,75	0,35	0,53	0,45	0,63	1,17	0,48	0,47	0,64	1,16	1,98	0,81
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)		0,37	0,20	0,24	0,40	0,38	0,11	0,20	0,45	0,33	0,08	0,05	0,02	0,07	0,05
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)		96,54	95,97	92,44	92,28	94,42	95,92	95,24	94,29	89,71	92,39	91,76	94,27	93,28	-0,99
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: MIN SALUD-SISPRO-DANE

• **Morbilidad específica por subgrupo – Mujeres**

**Condiciones Transmisibles y Nutricionales**

Para las subcausas por **condiciones transmisibles y nutricionales** en mujeres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 se presentó por **Enfermedades infecciosas y parasitarias** con una proporción de 52,86% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de -3,26 en segundo lugar se encuentra **Infecciones respiratorias** con una proporción de 32,00 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 0,41 entre 2020 y 2021, como tercera causa de morbilidad se encuentra las **Deficiencias Nutricionales** con una proporción de 15,14 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 2,85 entre 2020 y 2021.



### Condiciones Maternas

Para las subcausas por condiciones Maternas y perinatales en mujeres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 fue por **Condiciones Maternas** con una proporción de 88,05 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de 2,97 en segundo lugar se encuentra **Las Condiciones Derivadas del periodo perinatal** con una proporción de 11,95 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -2,97 entre 2020 y 2021.

### Enfermedades no transmisibles

Para las subcausas por Enfermedades no transmisibles en mujeres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2019 se presentó por **Enfermedades Cardiovasculares** con una proporción de 24,11% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de 0,74 en segundo lugar se encuentra **Las Enfermedades Genitourinarias** con una proporción de 11,92 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -2,61 entre 2020 y 2021, como tercera causa de morbilidad se encuentra las **Condiciones orales** con una proporción de 3,37 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -0,98 entre 2020 y 2021.

### Lesiones

Para las subcausas por Lesiones en mujeres, la principal causa de morbilidad en el periodo 2009-2021 se presentó por **Traumatismos envenenamiento u algunas otras consecuencias de causas externas**, con una proporción de 91,06% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual entre 2020 y 2021 de -1,58, en segundo lugar se encuentra **Las Lesiones No intencionales** con una proporción de 6,27% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 1,68 entre 2020 y 2021, seguida por **Lesiones Intencionales** con una proporción de 2,50 para el año 2021 y un cambio porcentual de -0,23 entre 2020 y 2021. Tabla 35



**Tabla 35. Morbilidad específica por subgrupos en mujeres - municipio de Santander de Quilichao 2009-2021**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2021
		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)	48,10	52,80	46,27	42,99	45,17	50,29	49,85	49,87	47,22	47,40	50,26	56,12	52,86	-3,26
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	48,85	42,51	46,83	49,40	49,53	41,95	45,33	42,87	45,99	42,90	39,28	31,59	32,00	0,41
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,05	4,69	6,90	7,61	5,30	7,76	4,82	7,26	6,78	9,70	10,46	12,29	15,14	2,85
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	91,29	91,42	91,57	90,05	90,54	87,30	93,17	94,93	95,28	88,51	82,89	85,08	88,05	2,97
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	8,71	8,58	8,43	9,95	9,46	12,70	6,83	5,07	4,72	11,49	17,11	14,92	11,95	-2,97
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-G08, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,73	0,65	1,07	1,39	1,07	0,98	0,74	1,35	1,40	2,01	1,65	1,89	2,03	0,14
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,36	1,41	1,94	2,29	1,83	2,23	1,88	1,60	1,74	1,78	1,98	2,19	2,23	0,04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,57	2,90	2,68	2,95	3,52	3,19	3,11	3,47	4,15	5,18	6,11	7,66	8,28	0,62
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,22	4,32	4,88	4,91	4,30	4,87	4,52	4,30	5,54	5,72	5,88	6,06	5,99	-0,07
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G08)	6,40	5,51	5,17	5,36	5,15	6,44	6,18	6,25	8,40	7,02	8,45	9,03	9,62	0,59
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,72	6,35	5,85	8,77	7,65	8,91	7,05	6,00	6,78	7,80	6,57	5,66	6,75	1,09
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	13,73	16,53	18,02	15,73	19,44	16,29	21,28	23,51	17,06	17,57	18,88	23,37	24,11	0,74
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,82	4,17	3,36	3,35	2,84	2,94	3,01	2,73	3,27	3,31	3,01	2,58	2,65	0,07
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,35	5,61	5,85	6,29	5,40	5,18	4,98	5,15	5,15	4,82	5,05	5,49	5,04	-0,46
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	19,18	17,61	16,46	14,72	16,40	14,26	16,41	17,20	15,42	13,04	13,92	14,53	11,92	-2,61
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,20	6,55	5,83	5,28	4,96	5,11	5,03	4,76	4,30	4,22	4,56	4,32	4,20	-0,12
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,60	11,85	10,34	10,95	9,78	11,29	10,95	10,14	11,16	12,73	13,26	12,10	12,86	0,76
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,45	0,63	0,51	0,90	0,52	0,75	0,59	0,60	1,04	0,89	0,87	0,76	0,95	0,19
Condiciones orales (K00-K14)	15,66	15,90	18,05	17,11	17,16	17,58	14,28	12,94	14,59	13,90	9,82	4,35	3,37	-0,98	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-Y89, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,58	5,36	5,16	4,32	5,69	4,26	5,05	7,89	10,59	18,15	19,96	4,59	6,27	1,68
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,06	0,78	1,36	2,55	1,33	2,24	2,76	1,62	2,12	1,22	2,21	2,73	2,50	-0,23
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,15	0,65	1,00	0,37	0,49	0,38	0,76	0,10	0,52	0,07	0,28	0,05	0,17	0,12
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,21	93,22	92,48	92,76	92,49	93,12	91,43	90,38	86,77	80,56	77,55	92,64	91,06	-1,58
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: MIN SALUD-SISPRO-DANE

## Morbilidad Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud declaró la importancia de la salud mental y estableció la necesidad de promover el bienestar, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, de ahí la importancia de la implementación y fortalecimiento de las políticas públicas encaminadas en alcanzar el bienestar y el desarrollo humano, según la OMS las enfermedades mentales tienen un impacto negativo sobre la economía, ya que disminuyen el ingreso personal y limitan el trabajo de los cuidadores. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incluye la convivencia social y la salud mental como prioridades, y se espera un cambio sustancial para la salud mental del territorio.



- **Morbilidad en salud mental**

#### **Primera infancia (0-5 años)**

En la primera infancia las principales causas de morbilidad en Salud Mental del municipio de Santander de Quilichao en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 84,16% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 14,12 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 15,84 de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -14,12 entre 2020 y 2021.

#### **Infancia (6-11 años)**

En la Infancia las principales causas de morbilidad en Salud Mental en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 97,08% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 0,26 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 2,92% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -0,26 entre 2020 y 2021.

#### **Adolescencia (12-17 años)**

En la adolescencia las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 41,77% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -39,66 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 13,49% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 8,91 entre 2020 y 2021.

#### **La juventud (18-28 años)**

En la juventud las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 69,42% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -7,66 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas** con un 23,29% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 4,77 entre 2020 y 2021.

#### **Adulthood (29-59 años)**

En la adultez las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 84,84% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 0,95 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 7,72 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -1,39 entre 2020 y 2021.



### Mayores de 60 años

En mayores de 60 años las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 91,30% de atenciones en 2021 sin un cambio entre 2020 y 2021, con un comportamiento estable, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 7,43 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -0,21 entre 2020 y 2021. Tabla 36

**Tabla 36. Principales causas de morbilidad en salud mental, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	67,42	64,94	65,61	78,54	59,94	83,16	86,24	87,71	90,60	85,97	90,31	70,04	84,16	14,12
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,64	2,53	0,16	1,35	0,44	0,00	0,12	0,69	0,60	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	32,58	35,06	34,39	21,46	40,06	16,84	13,76	12,29	9,40	14,03	9,69	29,96	15,84	-14,12
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	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
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	73,03	114,29	185,35	199,49	136,93	156,23	146,94	130,51	310,32	177,71	226,23	161,57	133,83	-27,74
	Epilepsia	0,00	0,65	5,73	1,01	2,03	0,34	0,00	0,42	0,00	0,17	0,15	0,00	0,00	0,00
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	71,91	33,12	23,57	12,63	5,95	11,11	14,19	35,17	6,15	5,85	8,12	5,31	4,03	-1,28
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	144,94	147,40	208,92	212,12	142,88	167,34	161,14	165,68	316,47	183,56	234,35	166,88	137,85	-29,03
	Epilepsia	85,39	137,66	115,29	263,64	92,49	212,12	101,75	279,24	123,43	114,03	130,92	87,61	30,34	-57,28
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	8,99	20,78	13,38	154,80	22,69	53,54	25,11	10,59	7,31	3,01	18,41	15,04	32,48	17,44
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	75,28	72,08	90,45	27,78	17,84	36,70	20,74	33,47	9,28	6,71	5,74	4,93	9,80	4,87
	Epilepsia	169,66	230,52	219,11	446,21	133,02	302,36	147,60	323,31	140,02	123,75	155,07	107,59	72,62	-34,97
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	219,10	126,62	217,20	230,30	317,37	611,11	87,12	502,54	123,20	82,70	83,31	224,15	207,25	-16,90
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	33,71	27,92	84,71	117,42	110,95	126,26	92,58	77,54	24,59	21,43	28,84	53,86	69,53	15,67
	Epilepsia	152,81	78,57	78,98	63,38	62,13	69,70	61,35	97,46	33,99	29,95	19,00	12,77	21,74	8,98
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	371,91	205,19	296,18	293,69	379,50	680,81	148,47	600,00	157,19	112,65	102,31	236,92	228,99	-7,92
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	743,82	383,77	681,21	314,90	263,38	687,54	249,34	268,22	137,70	175,82	211,77	439,95	482,42	2,47
	Epilepsia	7,87	16,88	29,94	20,45	34,74	95,29	48,47	56,78	14,39	9,81	19,30	40,71	8,19	-32,52
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	411,24	257,79	253,50	138,89	110,33	150,51	112,45	294,07	112,53	71,26	67,14	47,79	43,89	-3,89
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1155,06	641,56	884,71	453,79	373,71	838,05	361,79	562,29	250,23	247,07	278,91	487,74	526,31	8,57
	Epilepsia	246,07	117,53	231,85	140,40	213,46	716,84	622,93	593,64	247,10	106,88	132,56	161,69	173,15	11,46
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,12	2,60	1,91	1,26	1,25	4,38	5,90	88,56	17,29	10,41	9,31	36,66	42,28	5,62
	Epilepsia	55,06	35,71	45,86	22,47	28,79	33,33	26,42	109,75	24,71	59,29	54,92	13,53	14,09	0,57

Fuente: MIN SALUD-SISPRO-DANE



- **Morbilidad específica por subgrupo - Hombres**

**Primera infancia (0-5 años)**

En la primera infancia en hombres las principales causas de morbilidad en Salud Mental del municipio de Santander de Quilichao en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 92,97 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 5,19 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 7,03 de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -5,19 entre 2020 y 2021.

**Infancia (6-11 años)**

En la Infancia en hombres las principales causas de morbilidad en Salud Mental en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 100% de atenciones en 2021 sin cambios entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** sin atenciones en 2021 y sin cambios entre 2020 y 2021.

**Adolescencia (12-17 años)**

En la Adolescencia en hombres las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** sin atenciones en 2021 y sin cambios entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas** con 100% de atenciones en 2021 y sin cambios entre 2020 y 2021.

**La juventud (18-28 años)**

En la juventud en hombres las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con 64,63% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -15,29 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas** con 35,37% de atenciones en 2021 y con un cambio porcentual de 15,29 entre 2020 y 2021.

**Adultez (29-59 años)**

En la Adultez en hombres en hombres las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 84,07% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -1,11 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** sin atenciones en 2021 y sin cambio entre 2020 y 2021.

**Mayores de 60 años**

En hombres mayores de 60 años las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** sin



atenciones en 2021 con un cambio porcentual de -11,76 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 0 % de atenciones en 2021 y 2020. Tabla 37

**Tabla 37 Principales causas de morbilidad en salud mental en hombres, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021**

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres												Δ pp 2020-2021	
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		2021
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	58,49	64,81	70,21	78,54	91,04	86,26	88,81	97,32	94,28	89,03	94,39	87,78	92,97	5,19
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	1,06	2,68	0,36	0,00	0,00	0,00	0,27	0,81	0,62	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	41,51	35,19	28,72	18,77	8,60	13,74	11,19	2,68	5,45	10,16	4,99	12,22	7,03	-5,19
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	43,55	73,29	85,78	91,26	94,60	92,17	92,86	77,53	98,29	97,19	96,96	100,00	100,00	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,70	0,51	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	56,45	26,71	14,22	8,04	4,89	7,53	7,14	22,47	1,71	2,81	2,94	0,00	0,00	0,00
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	54,67	60,43	47,19	62,55	62,48	65,68	50,93	87,40	76,58	90,10	84,12	0,00	0,00	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,33	10,87	7,36	29,08	25,15	21,95	28,62	2,99	9,92	2,99	11,15	100,00	100,00	0,00
	Epilepsia	40,00	28,70	45,45	8,37	12,38	12,37	20,45	9,62	13,50	6,90	4,73	0,00	0,00	0,00
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	48,17	52,61	56,90	54,99	67,30	77,10	0,00	75,72	51,95	53,13	52,28	79,91	64,63	-15,29
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	12,57	18,48	26,99	36,49	20,39	17,73	70,94	12,14	25,90	23,05	31,97	20,09	35,37	15,29
	Epilepsia	39,27	28,91	16,71	8,53	12,32	5,17	29,06	12,14	22,14	23,83	15,74	0,00	0,00	0,00
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	55,06	46,97	63,75	56,56	58,74	72,09	0,00	0,00	0,00	53,22	65,69	85,18	84,07	-1,11
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1,04	6,06	5,33	8,16	14,07	14,43	0,00	27,16	16,64	6,94	5,25	14,82	15,93	1,11
	Epilepsia	43,90	46,97	30,93	35,28	27,19	13,48	100,00	72,84	83,36	39,84	29,06	0,00	0,00	0,00
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	74,56	78,69	67,46	78,85	69,71	93,40	94,53	75,03	79,45	50,23	51,54	11,76	0,00	-11,76
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	3,28	2,38	0,96	1,76	1,40	0,65	0,34	0,20	0,00	0,47	88,24	100,00	11,76
	Epilepsia	25,44	18,03	30,16	20,19	28,53	5,20	4,82	24,63	20,36	49,77	47,99	0,00	0,00	0,00

Fuente: MIN SALUD-SISPRO-DANE

• **Morbilidad específica por subgrupo – Mujeres**

**Primera infancia (0-5 años)**

En la primera infancia en mujeres las principales causas de morbilidad en Salud Mental del municipio de Santander de Quilichao en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 66,40 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 19,77 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 33,60% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -19,77 entre 2020 y 2021



### **Infancia (6-11 años)**

En la Infancia en mujeres las principales causas de morbilidad en Salud Mental en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 93,36% de atenciones en 2021 con un cambio porcentual de 0,99 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con 6,64 atenciones en 2021 y con un cambio porcentual de -0,99 entre 2020 y 2021.

### **Adolescencia (12-17 años)**

En la Adolescencia en mujeres las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con 50,33% de atenciones en 2021 y con un cambio porcentual de -37,61 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con 16,26% de atenciones en 2021 y con un cambio porcentual de 11,31 entre 2020 y 2021.

### **La juventud (18-28 años)**

En la juventud en mujeres las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con 77,39% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 3,06 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con 19,38% de atenciones en 2021 y con un cambio porcentual de 10,71 entre 2020 y 2021.

### **Adultez (29-59 años)**

En la Adultez en mujeres en hombres las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un 85,31% de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de 2,14 entre 2020 y 2021, en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con 12,38 atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -1,89 entre 2020 y 2021.

### **Mayores de 60 años**

En mujeres Mayores de 60 años las principales causas de morbilidad en Salud Mental, en el periodo 2009-2021, se presentó por los **trastornos mentales y del comportamiento** con un porcentaje en 2021 de 92,27 y un cambio porcentual de 0,01 entre 2020 y 2021, , en segundo lugar, se encuentra **Epilepsia** con un 7,51 % de atenciones en 2021 y un cambio porcentual de -0,22 entre 2020 y 2021. Tabla 38



**Tabla 38. Principales causas de morbilidad en salud mental en mujeres, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2021**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2020-2021
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	80,56	65,22	57,81	73,10	35,73	75,63	81,77	71,26	87,70	81,27	83,03	46,63	66,40	19,77
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	2,07	0,00	3,36	1,04	0,00	0,00	0,55	0,55	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	19,44	34,78	42,19	24,83	64,27	21,01	17,19	28,74	12,30	18,18	16,42	53,97	33,60	-19,77
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	56,72	86,57	87,30	98,53	94,29	95,18	88,41	80,80	97,59	95,70	95,43	92,38	93,36	0,99
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	1,49	7,14	0,00	3,00	0,00	0,00	0,80	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	43,28	11,94	5,56	1,47	2,70	4,82	11,59	18,40	2,41	4,00	4,57	7,62	6,64	-0,99
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	46,05	58,40	63,72	57,71	80,48	78,09	80,84	82,50	95,63	94,48	84,63	87,94	50,33	-37,51
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	5,26	5,60	3,54	36,92	4,50	10,19	9,34	4,38	2,18	1,79	12,34	7,11	33,41	26,50
	Epilepsia	48,68	36,00	32,74	5,38	15,02	11,73	9,83	13,13	2,18	3,73	3,03	4,95	16,26	11,31
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	60,59	56,76	58,37	58,68	59,31	69,66	65,95	66,90	80,25	78,09	79,34	74,33	77,39	3,05
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3,53	2,70	13,40	8,13	27,29	6,52	11,57	8,19	3,77	2,43	7,93	17,00	3,23	-13,77
	Epilepsia	35,88	40,54	28,23	33,19	13,40	23,82	22,48	24,91	15,98	19,48	12,72	8,67	19,38	10,71
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	69,23	65,53	72,60	75,59	69,82	76,52	79,42	77,38	74,89	80,97	79,43	83,17	85,31	2,14
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,46	0,32	1,87	0,72	3,33	2,54	1,88	1,71	1,83	1,60	1,69	2,57	2,31	-0,26
	Epilepsia	30,31	34,14	25,53	23,69	26,85	20,93	18,71	20,90	23,28	17,43	18,89	14,26	12,38	-1,89
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	86,45	74,30	89,14	88,69	92,68	95,75	96,16	94,43	94,02	82,37	89,78	92,27	92,27	0,01
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,65	1,12	0,00	0,68	0,16	0,20	0,05	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,21	0,21
	Epilepsia	12,90	24,58	10,86	10,63	7,15	4,05	3,80	5,57	5,98	17,51	10,22	7,73	7,51	-0,22

Fuente: MIN SALUD-SISPRO-DANE

## Conclusiones Salud Mental

Las políticas públicas de salud mental constituyen una herramienta fundamental para alcanzar óptimos niveles de vida, bienestar y avance humano estableciendo metas, mediante políticas que emanen responsabilidades entre distintos sectores locales, regionales y nacionales, promulgado así acciones orientadas a vencer las brechas para el diagnóstico, el tratamiento y transformar la realidad de los colombianos con trastornos mentales; sin embargo, cinco años después de promulgada la ley 1616, la inequidad en salud mental continúa presente. Es clara la falta de centros especializados, personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo psiquiátrico hospitalario, sumado a esto los problemas económicos derivados de la falta de pago oportuno a las instituciones que prestan dicho servicio. el acceso real a los servicios de salud mental



enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades; situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo(20).

En la morbilidad atendida en salud mental en Santander de Quilichao durante el periodo 2009-2021 se presentó como la principal carga de morbilidad atendida la los **trastornos mentales y del comportamiento**, afectando todos los ciclos de vida desde infancia hasta personas mayores de 60 años, seguidas de **epilepsia** y **trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas**, las consultas por estas tres causas de morbilidad prevalecen en todos los ciclos vitales analizados durante el periodo 2009-2021.

Es importante resaltar que en el año 2009 se presentaron 1.996 consultas por estas tres causas, mientras que en el 2021 se registraron 9335 atenciones por este tipo de morbilidades en todos los ciclos vitales. En base a lo anterior es importante integrar la Salud Mental de la población en la agenda de políticas públicas, si se quiere realizar un acompañamiento integral a esta población, pero sobre todo realizar campañas que promuevan la convivencia y la solidaridad dentro de la población a pesar de los diferentes problemas que perturban la integridad del municipio.

Actualmente existen barreras de acceso a los servicios de salud mental, la médico psiquiatra Rojas-Bernal et al, explican en un análisis crítico sobre la salud mental en Colombia que esto se debe a que aún existen barreras de acceso a los servicios de salud mental, en parte fundamentadas por la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas (cognitiva-comportamental, interpersonal, de pareja, de familia y grupal). Otros servicios que no se ofrecen son grupos de apoyo, terapias para la readaptación social y ocupación, y programas de reinserción laboral, a pesar de que la ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública plantean la rehabilitación social y laboral como un derecho.

Rojas-Bernal et al., hacen un numero de recomendaciones para promover la salud mental a lo largo del ciclo vital en el hogar, escuelas, lugares de trabajo y prevenir el suicidio (20).

- Promover la salud mental a lo largo del ciclo vital en hogar y escuelas
- Incrementar la capacidad de las familias, cuidadores, escuelas y organizaciones comunitarias para promover la salud mental de recién nacidos, niños y adolescentes
- Promover la salud mental en los entornos laborales
- Incrementar la capacidad de los adultos mayores, familias, entornos de cuidado y comunidad para promover la salud mental al final de la vida



- Cuidar los derechos de las personas con problemas de salud mental y superar el estigma
- Reducir la prevalencia de personas con enfermedad mental en el sistema judicial
- Oportunidad e integración de los servicios de salud mental
- Atender las necesidades específicas de salud mental relacionadas con el género y la orientación sexual
- Acceso a hogar, cuidado, empleo y educación para las personas con problemas mentales
- Facilitar el acceso a servicios de salud mental en comunidades remotas

### **Consumo de sustancias psicoactivas en Santander de Quilichao**

En una investigación requerida por el municipio de Santander de Quilichao al entonces denominado Ministerio de Protección Social, ahora Ministerio de Salud y Protección Social sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el municipio de Santander de Quilichao, se concluyó que Santander de Quilichao por ser un eje comercial, se ha convertido en lugar de encuentro de diversos grupos armados y narcotraficantes provenientes de municipios vecinos, que aprovechan su posición geoestratégica para realizar actividades al margen de la ley. Según esta investigación realizada en el año 2009, la economía mafiosa ha generado en el municipio de Santander de Quilichao la aparición de redes de prostitución infantil y juvenil. Si a esto se le suma la falta de posibilidades para los jóvenes de la localidad, puede entenderse la noción, aunque no generalizada de ganarse la vida de manera “fácil”, que ha traído además de violencia, la aceptación social de los modelos narcotraficantes de la llamada cultura “traqueta”(21).

Según la investigación realizada por la Universidad Nacional y la Pontificia Universidad Javeriana, la opinión de a quien se le debe atribuir el origen de la drogadicción se divide entre la disfunción familiar y el Estado, que es quien debe brindar las herramientas de prevención frente a este flagelo y garantizar los principios constitucionales. Al respecto los miembros de la sociedad civil coinciden en que muchas familias se desentienden de sus hijos y esperan que sean las instituciones educativas, los lugares en donde se imparte la educación, dejando de lado su posición activa en este proceso; por otro lado, muchos piensan que la institucionalidad que le da peso a este argumento, se limpian las manos al cargarle la responsabilidad a la familia, y omiten su responsabilidad social y política.

Teniendo en cuenta lo expuesto en la investigación realizada el año 2009 y considerando que no solo aumenta el consumo de sustancias psicoactivas, sino también las tasas de violencia en todas sus expresiones y cada vez existen más familias disfuncionales en el municipio, la Secretaria Local de Salud considera necesario ampliar la visión aún sesgada del problema del consumo de sustancias psicoactivas como un exclusivo problema de salud



pública y más bien reconocerlo como un problema sociocultural, histórico, geográfico, económico y político que exige cambios estructurales para lograr su mitigación.

Hay que empezar por reconocer, que una respuesta real a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas en Santander de Quilichao y a nivel nacional, requiere de un cambio estructural de la política nacional entorno a la inversión social, esto se traduce en reconocer y garantizar el derecho a la salud, a la educación y el trabajo digno, entre otros.

Se hace imprescindible la creación de oportunidades reales de inclusión social para la superación de la condición de consumo por parte de las personas en proceso de rehabilitación.

En Santander de Quilichao se deben conformar alianzas y redes entre dependencias para aprovechar al máximo el presupuesto y la capacidad de respuesta del municipio, al tiempo que se gestionan recursos específicos del gobierno.

### **Recomendaciones**

A continuación, algunas recomendaciones de los investigadores de la Universidad Javeriana y la Universidad Nacional:

- Se deben diseñar estrategias comunitarias con énfasis en la educación popular, que contribuyan al fornecimiento de habilidades y capacidades que promuevan el autocuidado.
- Las instituciones gubernamentales en general, deben buscar acercarse más a la comunidad para ganar confianza, pero, sobre todo, para informar sobre la oferta de servicios de prevención y atención al consumo de SPA.
- Realizar jornadas de afiliación al SGSSS en zonas vulnerables, para proporcionar de esta manera la posibilidad de acceder al sistema de salud e intentar de esta manera una atención integral de la población consumidora de SPA.
- Generar un programa de nivelación nutricional para personas habitantes de calle que están sufriendo trastornos alimenticios, esto se presenta porque este grupo poblacional opta por invertir el poco dinero en el consumo de SPA que en alimentos.
- Crear estrategias integrales que incluyan la formación, artes y recreación, dentro de las cuales este incluido el tema de la drogadicción, infecciones de transmisión sexual, pero también temas de estudio y trabajo.
- Desarrollar acciones coherentes al contexto del consumo y a las necesidades que tienen los consumidores de SPA.
- Se requiere la creación de oportunidades reales de inclusión social para la superación de la condición de consumo por parte de las personas rehabilitadas y la adecuación al contexto actual de la normatividad de control de venta y consumo de drogas.



- Propiciar espacios para el dialogo intersectorial del comité municipal, el Ministerio de Salud y Protección Social y la administración municipal.
- Se debe procurar la inclusión directa de representantes de la sociedad civil en la planeación y evaluación de programas.
- En los sitios de alta vulnerabilidad, identificados como los barrios, el Porvenir, Morales Duque, Betania, Nariño entre otros, se deben tomar acciones concretas por parte de las instituciones tales como aumentar la cobertura en educación, salud y adecuación de espacios para la creación de centros de escucha y espacios para la reducción de daño e inclusión social.

### 2.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo

El aumento de la longevidad de la población y la mayor prevalencia de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Santander de Quilichao, han incrementado la incidencia de la insuficiencia renal crónica. Por otro lado; el consumo de sustancias psicoactivas, la baja educación en educación sexual y reproductiva, el fácil acceso a contenidos para adultos, entre otros factores, han contribuido negativamente al aumento de casos de enfermedades de transmisión sexual. Sobresale la tasa de incidencia de leucemia aguda mieloide en menores de 15 años, algunas investigaciones sugieren que algunas leucemias infantiles podrían ser causadas por una combinación de factores genéticos y la exposición a factores ambientales. Tabla 39

**Tabla 39. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de Santander de Quilichao, 2006-2021**

Evento	CAUCA	Santander de Quilichao	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	59,54	64,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
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	4,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de VIH notificada	8,92	9,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	3,08	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

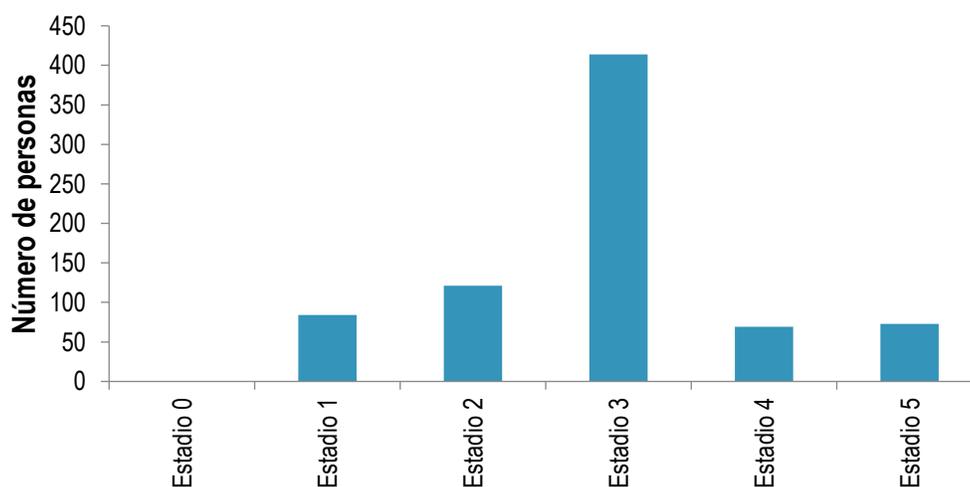
Fuente: RIPS-SISPRO\_MSPS

El informe de la Cuenta de Alto Costo sobre la situación de la Enfermedad Renal Crónica-ERC, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus en Colombia durante el 2021 refiere que la hipertensión presento una tendencia descendente 7,20 y la diabetes mantuvieron su tendencia al alta 3,18 casos por cada 100 habitantes respectivamente. Evidencias epidemiológicas ponen de manifiesto el significado de la hipertensión arterial y la diabetes en el inicio y la progresión de la enfermedad renal. El análisis de la situación de salud del



periodo 2005-202 permite observar la tendencia progresiva de estas dos enfermedades. Lo anterior resalta la importancia de estrategias de promoción y prevención, así como el fortalecimiento de los programas de protección específica y protección temprana. (véase figura 45)

Figura 45. Progresión de la enfermedad renal del municipio de Santander de Quilichao, 2021



Fuente: RIPS-SISPRO\_MSPS

#### 2.2.4. Morbilidad de eventos precursores

Tal como se describe en el capítulo morbilidad el número de casos de hipertensión y de diabetes tiene un comportamiento ascendente. Es esencial mejorar el proceso de captación y seguimiento de estas enfermedades e incorporar la población afectada en programas de enfermedades crónicas, con el fin de prevenir complicaciones y mortalidad prematura. Tabla 40

Tabla 40. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos precursores del municipio de Santander de Quilichao, 2016-2021

Evento	CAUCA	Santander de Quilichao	Comportamiento					
			2016	2017	2018	2019	2020	2021
Prevalencia de diabetes mellitus	1,87	3,18	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	5,06	7,20	↗	↗	↘	↗	↗	↘

Fuente: RIPS-SISPRO\_MSPS



### 2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

En la tabla 32 se presentan 20 Eventos de Notificación Obligatoria registrados en los últimos 5 años en el Municipio de Santander de Quilichao, el primer lugar lo ocupa la notificación por IRA (62,6%), seguido de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, las cuales continúan ubicándose en los primeros lugares, seguido de eventos de violencia de genero e intrafamiliar. Tabla 41

**Tabla 41** Tabla de eventos de notificación obligatoria, 2017 - 2021

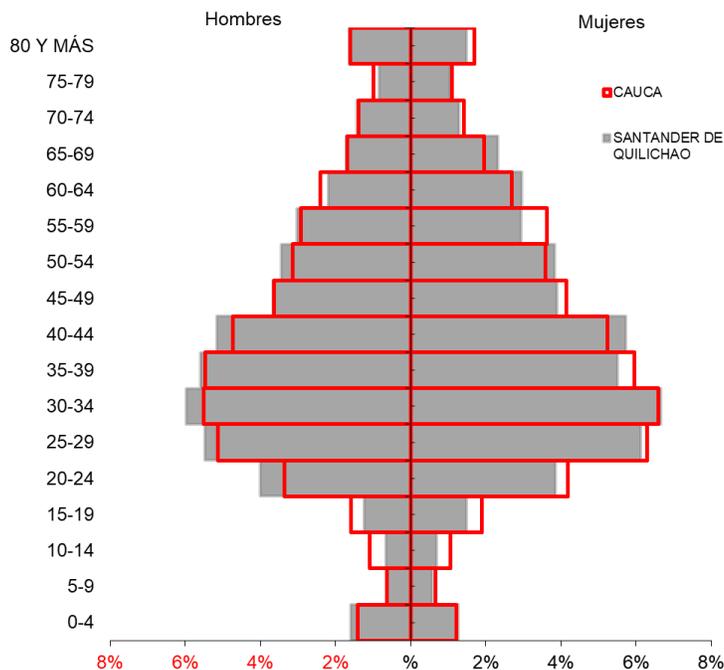
#	Nombre del Evento	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL	%
1	IRA POR VIRUS NUEVO				2948	9665	12613	62,6%
2	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	640	585	602	427	501	2755	13,7%
3	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	184	249	298	305	370	1406	7,0%
4	VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	641	182				823	4,1%
5	DENGUE	51	49	28	135	116	379	1,9%
6	INTENTO DE SUICIDIO	52	67	99	65	59	342	1,7%
7	ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)		1		281	1	283	1,4%
8	VARICELA INDIVIDUAL	102	80	57	22	6	267	1,3%
9	LESIONES DE CAUSA EXTERNA	214	1				215	1,1%
10	INTOXICACIONES	76	47	28	26	30	207	1,0%
11	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	1	7	2	75		85	0,4%
12	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	4	7	31	10	30	82	0,4%
13	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	4	11	20	7	32	74	0,4%
14	BAJO PESO AL NACER	10	17	12	17	14	70	0,3%
15	TUBERCULOSIS	10	11	20	10	13	64	0,3%
16	LEPTOSPIROSIS	21	25	7			53	0,3%
17	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	9	10	6	8	20	53	0,3%
18	DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	2	5	26	8	9	50	0,2%
19	LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	8	9	5	7	16	45	0,2%
20	SIFILIS GESTACIONAL	5	5	6	9	20	45	0,2%

Fuente: Sivigila. Consultado el 31.12.2021

### 2.2.6. Morbilidad por COVID-19 Santander de Quilichao

El contagio por COVID-19 en Santander de Quilichao se presenta predominantemente en edad de 30 a 34 años afectando con 651 casos afectando más a mujeres, lo anterior se relaciona probablemente con el hecho de que se trata de población económicamente productiva y socialmente activa, seguida de edad de 35 a 39 años en hombres y 40 a 44 en mujeres, edad con menor afectación por COVID 19 se registró de 5 a 9 años en ambos sexos.

**Figura 46. Pirámide Poblacional Morbilidad por COVID 19, Santander de Quilichao 2022**



Fuente: Fecha de consulta: Cubo SegCovid 20 de septiembre de 2022.

La pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-COV-2 representa una crisis de salud mundial que causa enfermedades graves y la muerte, sobre todo en personas con alteraciones cardiovasculares y metabólicas. Estar conscientes de que el riesgo de enfermar y morir por COVID-19 es mayor si la persona infectada corresponde a la población mayor de 59 años, y en personas con enfermedades subyacentes, tales como; Hipertensión, Sobrepeso y Obesidad, Diabetes y Asma, pueden contribuir al diseño de estrategias de prevención, manejo y cuidado de las enfermedades crónicas. Tabla 42



**Tabla 42 Concentración comorbilidades por COVID 19 Municipio de Santander de Quilichao 2022**

SANTANDER DE QUILICHAO	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad Municipio		CAUCA	Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad DPTO CAUCA		Concentración Municipio
		Año	Proporción			Año	Proporción	
SANTANDER DE QUILICHAO	Artritis	14	0%	CAUCA	Artritis	189	0%	7,4%
	Asma	149	4%		Asma	1.614	4%	9,2%
	Cáncer	39	1%		Cáncer	437	1%	8,9%
	Comorbilidades (al menos una)	1.173	34%		Comorbilidades (al menos una)	14.861	35%	7,9%
	Diabetes	239	7%		Diabetes	2.226	5%	10,7%
	Enfermedades Huérfanas	6	0%		Enfermedades Huérfanas	85	0%	7,1%
	EPOC	140	4%		EPOC	1.931	4%	7,3%
	ERC	148	4%		ERC	1.578	4%	9,4%
	Hipertensión	604	17%		Hipertensión	6.423	15%	9,4%
	Sobrepeso y Obesidad	467	13%		Sobrepeso y Obesidad	7.220	17%	6,5%
	Terapia Reemplazo Renal	14	0%		Terapia Reemplazo Renal	173	0%	8,1%
	VIH	9	0%		VIH	136	0%	6,6%
	Mayor de 59	469	14%		Mayor de 59	6.134	14%	7,6%
	<b>Total</b>	<b>3.471</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>43.007</b>	<b>100%</b>	<b>8,1%</b>

Fuente: CUBO SEGCOVID- FECHA DE CONSULTA 20/09/2022

En relación con las atenciones de la población afectada por COVID 19 en el municipio de Santander de Quilichao para el año 2022 el mayor porcentaje se presentó por No reportado con 97%, seguido de Cuidado Intensivo 1% y Cuidado Intermedio 1%.

**Tabla 43 Ámbito de atención por COVID 19, municipio de Santander de Quilichao 2022**

SANTANDER DE QUILICHAO	Ámbito de atención	Total de casos según ámbito		CAUCA	Ámbito de atención	Total de casos según ámbito de atención		Concentración de casos según ámbito de atención - DPTO
		Año	Proporción			Año	Proporción	Año
SANTANDER DE QUILICHAO	Consulta Externa		0%	CAUCA	Consulta Externa		0%	
	Cuidado Intensivo	39	1%		Cuidado Intensivo	762	1%	5,1%
	Cuidado Intermedio	29	1%		Cuidado Intermedio	660	1%	4,4%
	Domiciliaria		0%		Domiciliaria	21	0%	0,0%
	Hospitalización	72	1%		Hospitalización	1105	2%	6,5%
	No Reportado	5125	97%		No Reportado	65435	96%	7,8%
	Otro		0%		Otro		0%	
	Urgencias	15	0%		Urgencias	377	1%	4,0%
	<b>Total</b>	<b>5280</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>68360</b>	<b>100%</b>	<b>7,7%</b>

Fuente: CUBO SEGCOVID- FECHA DE CONSULTA 20/09/2022

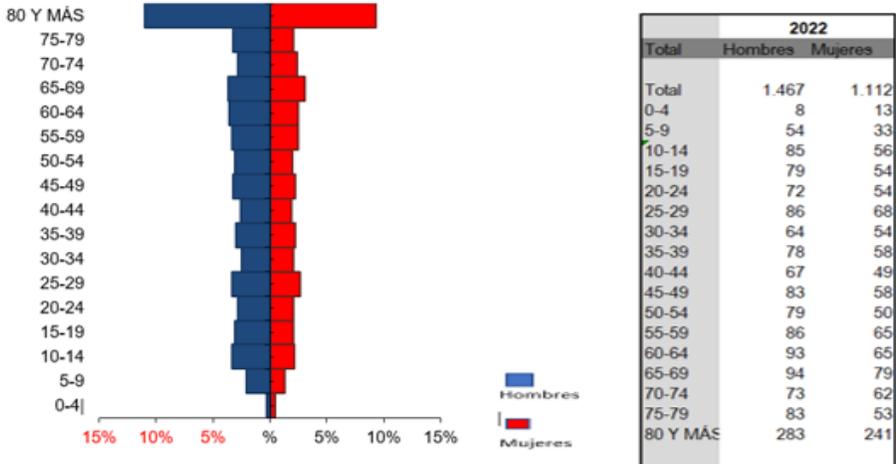
### 2.2.7. Análisis de la población en condición de discapacidad 2022

Informes de la Organización Mundial de la Salud sobre discapacidad, describen que algunas de las razones por las cuales aumenta el número de personas con discapacidad a nivel mundial, es el envejecimiento de la población y la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas, como las enfermedades del sistema cardiovascular, enfermedades del sistema nervioso y sistema renal. En el mundo, alrededor de un 15% de la población, o

mil millones de personas, viven con algún tipo de discapacidad, según el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS publicado en 2011. Y en los próximos años, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, ya que su prevalencia está en alza como consecuencia del envejecimiento de la población y del aumento mundial de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental. Según estudios realizados en la región, las discapacidades más frecuentes son de movilidad, visuales, discapacidad mental, intelectual, de comunicación y visceral. Y las principales causas reportadas son enfermedades crónicas, problemas degenerativos de la edad, accidentes de todo tipo, problemas relacionados con el embarazo y el parto, y enfermedades profesionales(22).

El movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas ocupan la primera causa de discapacidad (54,22%), el segundo lugar lo ocupa el sistema cardiorrespiratorio y las defensas (47,04%), la tercera causa demás órganos de los sentidos (37,67%), la cuarta causa la representa la digestión, el metabolismo, las hormonas (28,19%), la quinta causa de discapacidad la piel. El 57,00% de las personas en situación de discapacidad son hombres y el 43% mujeres. El 20% de las personas en situación de discapacidad son mayores de 80 años y el 45% son personas entre 40 y 79 años. Figura 47

**Figura 47.. Pirámide poblacional de las alteraciones permanentes año 2022**



**Fuente** Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Corte 20 de agosto de 2021.

Dentro de las alteraciones permanentes el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas son las que registran mayor frecuencia en el municipio de Santander de Quilichao seguido las del cardiorrespiratorio y las defensas, demás órganos de los sentidos, la digestión, el metabolismo, las hormonas y la piel. Tabla 44



**Tabla 44 Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de Santander de Quilichao, 2022**

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1412	54,22
El sistema Nervioso	421	16,17
Los ojos	230	8,83
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1225	47,04
Los oídos	238	9,14
La voz y el habla	113	4,34
La digestión, el metabolismo, las hormonas	734	28,19
El sistema genital y reproductivo	107	4,11
La piel	570	21,89
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	981	37,67
Ninguna		0,00
Total	2604	

Fuente: RLCP- SISPRO- MINSALUD Fecha de Corte 1 de agosto de 2022

## DISCAPACIDAD POR ETNIA INDIGENA

En relación con las discapacidades para la etnia indígena se encuentra que el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas ocupan la primera causa de discapacidad (51,37%), el segundo lugar lo ocupa el sistema nervioso (41,40%), la tercera ojos (36,91%), la cuarta causa la representa sistema cardiorrespiratorio (12,22%), la quinta causa de discapacidad oídos.

**Tabla 35. Distribución de las alteraciones permanentes Indígenas del municipio de Santander de Quilichao, 2022**

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	206	51,37
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	49	12,22
El sistema genital y reproductivo	29	7,23
El sistema nervioso	166	41,40
La digestión, el metabolismo, las hormonas	25	6,23
La piel	14	3,49
La voz y el habla	83	20,70
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	11	2,74
Los oídos	69	17,21
Los ojos	148	36,91
Total	401	

Fuente: RLCP- SISPRO- MINSALUD Fecha de Corte 1 de agosto de 2022

## Atención a población migrante en Santander de Quilichao 2022

Para analizar la utilización de servicios de salud por la comunidad migrante, es necesario tener presente que de acuerdo con la constitución colombiana los migrantes tienen "Derecho a la seguridad social en salud y la vida; derecho a la seguridad social en pensiones y el mínimo vital; derecho al pago oportuno de pensiones y el mínimo vital;



derecho al pago de la licencia de maternidad y el mínimo vital; derecho a la educación; y derecho a un medio ambiente sano”. Con relación al uso de los servicios de salud por parte de la población migrante en Santander de Quilichao se registraron un total de 4833 atenciones de población migrante que demandaron los servicios de salud en el municipio. El 66% de la población atendida pertenece al régimen subsidiado, mientras que solo el 27,2% se encuentra en condiciones de aportar al sistema de protección social. Tabla 45

**Tabla 45. Total de migrantes con atenciones en salud, municipio de Santander de Quilichao, 2022**

Santander de Quilichao	Tipo de atención	Total Migrantes atendidos Santander de Quilichao		Total Migrantes atendidos CAUCA		Concentración Santander de Quilichao
		Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Santander de Quilichao	Consulta Externa	1517	31%	6.539	31%	23,2%
	Servicios de urgencias	128	3%	1.223	6%	10,5%
	Hospitalización	442	9%	1.529	7%	28,9%
	Procedimientos	1352	28%	6.910	32%	19,6%
	Medicamentos	1237	26%	4.623	22%	26,8%
	Nacimientos	157	3%	529	2%	29,7%
	<b>Total</b>	<b>4.833</b>	<b>100%</b>	<b>21.353</b>	<b>100%</b>	<b>22,6%</b>

Fuente: Secretaria Departamental y Local de Salud – Aseguramiento

**Tabla 46. Identificación de prioridades en Salud 2022**

Morbilidad	Prioridad	Santander de Quilichao 2021	Cauca 2021	Tendencia 2009 A 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1.Primeria infancia- Enfermedades no transmisibles	42,92	44,1	Disminución	000
	2.Infancia - Enfermedades no transmisibles	54,58	57,55	Disminución	000
	3.Adolescencia- Enfermedades no transmisibles	55,27	56,46	Disminución	000
	4-Juventud -Enfermedades no transmisibles	50,34	52,55	Disminución	000
	5-Aduldez-Enfermedades no transmisibles	71,67	70,48	Disminución	000
	6-Persona mayor-Enfermedades no transmisibles	84,22	84,46	Aumento	000
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades cardiovasculares	23,85	25,12	Aumento	001
	2. Enfermedades genitourinarias	10,45	11,03	Aumento	006



Morbilidad	Prioridad	Santander de Quilichao 2021	Cauca 2021	Tendencia 2009 A 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
	3. Enfermedades musculo esqueléticas	12,82	11,94	Disminución	000
	4. Enfermedades infecciosas y parasitarias	55,15	52,10	Aumento	009
	5. Infecciones respiratorias	31,71	34,81	Aumento	009
	6. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	92,39	91,51	Aumento	012
	7. Condiciones Maternas	81,98	87,38	Aumento	008
Salud Mental	1. Primera infancia- Trastornos mentales y del comportamiento	84,16	87,75	Aumento	004
	2. Infancia- Trastornos mentales y del comportamiento	97,08	90,1	Aumento	004
	3. Adolescencia- Trastornos mentales y del comportamiento	41,77	78,36	Disminución	004
	4. Juventud - Trastornos mentales y del comportamiento	69,42	69,46	Disminución	004
	5. Adultez- Trastornos mentales y del comportamiento	84,84	73,16	Aumento	004
	6. Persona mayor- Trastornos mentales y del comportamiento	91,3	82,27	Aumento	004
Precusores	1. Prevalencia de Hipertensión Arterial	7,2	5,06	Descendente	001
	2. Prevalencia de Diabetes Mellitus	3,18	1,87	Ascendente	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Aumento	010
Discapacidad	1. El movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	54,22	49,63	Disminución	000
	2. El sistema cardiorespiratorio y las defensas	47,04	12,84		000
	3. Enfermedad del Sistema Nervioso	16,17	47,38	Disminución	000

Fuente: elaboración a partir de Indicadores SISPRO y RLCPD

## Conclusiones capítulo morbilidad

En la morbilidad atendida en Santander de Quilichao durante el periodo 2009-2021 se observa, a nivel general que desde la primera infancia (0-5 años) la mayor carga de morbilidad atendida la representan las **enfermedades no transmisibles**, tras once años de ubicarse en el tercer lugar para el año 2020. Las Condiciones transmisibles y nutricionales ocupan el segundo lugar y Condiciones perinatales están en el tercer lugar.

Las enfermedades no transmisibles representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Las enfermedades no transmisibles son las responsables de quitarle la vida a más de 36 millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios(23).

El aumento de la edad se relaciona con el aumento de las enfermedades crónicas, según las cifras analizadas las enfermedades más representativas son las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades genitourinarias y las enfermedades digestivas, donde llama la atención que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los desórdenes endocrinos, las enfermedades genitourinarias prevalecen en la población femenina.

Es de resaltar el número en aumento de casos de morbilidad atendida por diabetes Mellitus, hipertensión arterial y neoplasias, la mejora en aspectos como cobertura universal y/o acceso físico al sistema de salud han contribuido al registro de estos datos, no obstante existen múltiples factores de riesgo asociados a estas patologías, por ejemplo: los inadecuados hábitos de vida, como el excesivo consumo de sal, consumo de azúcar y de harinas, la baja ingesta de frutas y verduras, el sedentarismo de la población, el consumo de cigarrillo y de bebidas alcohólicas y la mala adherencia a los tratamientos. Las instituciones educativas, las EAPB, la institucionalidad y otros actores están llamados a fortalecer y promocionar actividades que hagan énfasis en estilos de vida saludable, la creación de entornos sanos para la actividad física. Las EAPB deben realizar esfuerzos dirigidos a fortalecer a edades cada vez más tempranas actividades de promoción y tamizajes, pero también no dejar de lado unos de los factores esenciales de la Atención Primaria en Salud, nos referimos al Empoderamiento comunitario.

Las condiciones más clasificadas ocupan una proporción representativa dentro de este grupo, la alta presencia de condiciones mal clasificadas seguramente se relaciona con el Registro Individual de Prestación de Servicios y clasificación inadecuada de los datos, quizá debido a brechas de conocimiento sobre el sistema de clasificación ICD-10, se considera pertinente recomendar a los centros asistenciales y a todas las EAPB la asesoría y asistencia técnica de su personal asistencial con el fin de optimizar la calidad del dato y brindar una atención oportuna, integral y de calidad a la población Quilichagüeña.



Durante el análisis del periodo 2009-2021 las lesiones se concentran con mayor proporción en adolescencia, juventud y la adultez, la principal causa son los traumatismos, lesiones no intencionales, lesiones intencionales por causa externa.

### **2.2.8. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS**

La revolución industrial en el siglo XIX, con su dinámica urbanística, pauperización y crecimiento de las clases trabajadoras, que la relación entre la salud y la sociedad se hizo más notoria, fue entonces cuando el interés por la salud como fenómeno social se fortaleció en medio de la agitación política y la reorganización estatal. Este devenir histórico cobró aún más vigor a mediados del siglo XX, cuando se configuran dos enfoques epidemiológicos alrededor de la comprensión social de la salud, el primero se derivó de la epidemiología clásica pero convertido en epidemiología social anglosajona, y el segundo ejercido como propuesta alternativa a la epidemiología clásica, devenido de la medicina social y salud colectiva latinoamericana, denominado determinación social de la salud (24).

Según Morales- Borrero et al., el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud define la estratificación social con base en los contextos sociales, los cuales determinan la salud por las diferencias en educación, ubicación laboral, ingresos y cohesión social de los individuos y los determinantes intermedios se concretan en las condiciones de vida de la gente por medio de la exposición y vulnerabilidad diferencial de los individuos.

Morales- Borrero et al., también definen la Determinación Social, la cual identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad humanos para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. Este modelo no privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, contempla dentro de la categoría de modos de vida los procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud- enfermedad en lo singular, particular y general. Es por esta razón que los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo a ellos ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos de condiciones de vida impuestas por un todo social.

Los autores explican que mientras el modelo de Determinantes Sociales de la Salud entiende que los resultados en salud están relacionados con un contexto social donde la posición social del individuo genera exposición y vulnerabilidad diferencial que explica la distribución de las inequidades en salud, pero invisibiliza las fuerzas en tensión y relaciones de poder de la sociedad, la Determinación Social releva las relaciones de poder y exalta las dinámicas de acumulación de capital como esenciales para entender la determinación social de los procesos salud-enfermedad que conllevan los patrones de trabajo y de consumo, las falencias de los soportes sociales y las formas de cultura que conducen a formas malsanas de vivir y llevan a los individuos a padecer la enfermedad de forma diferencial, según clase social, género o etnia.

Aunque es importante la diferenciación entre estos dos enfoques epidemiológicos, y a consideración de la Secretaría Local de Salud, lo apropiado sería el enfoque médico social y desde la salud colectiva latinoamericana para dar explicación a las dinámicas sociopolíticas, económicas e historias que determinan verdaderamente el estado de salud de las comunidades, se optó por respetar los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud**

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizó utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad tan solo se estimaron para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles. También se estimó una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos, condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales y psicológicos y culturales y sistema sanitario.

#### **Condiciones de vida**

De acuerdo con la información disponible que corresponde a los datos de DNP-DANE el indicador del municipio con respecto al departamento no presenta diferencias significativas para el servicio de electricidad, acueducto, alcantarillado y el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas, para los demás el indicador del municipio es relativamente más bajo que el departamento. Según la zona el resto (rural) está en peor situación en cobertura de acueducto, alcantarillado y con respecto a electricidad no hay diferencias significativas.

En relación con el año 2021 se han realizado logros significativos en cuanto al aumento de la cobertura de alcantarillado. El IRCA se encuentra 21,85 puntos por encima del año anterior. Este indicador califica el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano. El IRCA asume un valor en el rango de 0 (sin riesgo) a 100 (sanitariamente inviable). Tabla 47



**Tabla 47. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del municipio de Santander de Quilichao, 2021**

Determinantes intermedios de la salud	CAUCA	Santander de Quilichao
Cobertura de servicios de electricidad	95,51	98,60
Cobertura de acueducto	47,72	85,32
Cobertura de alcantarillado	31,2	77,55
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	10,59	21,86
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	23,2	10,10
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	12,5	6,70

Fuente: Informe al sistema Único de Información SUI

Según el Reporte de Estratificación y Coberturas, aunque las coberturas de acueducto y alcantarillado fuera de la cabecera municipal aun no logran responder a las necesidades territoriales, se ha logrado incrementar en un 12,56% y 0,82% respectivamente en relación con el año anterior. Tabla 48

**Tabla 48 Coberturas de acueducto y alcantarillado reportados en el Sistema Único de Información (SUI)**

Municipio	REC 2019			REC 2020			REC 2021		
	COBERTURA DE ACUEDUCTO			COBERTURA DE ACUEDUCTO			COBERTURA DE ACUEDUCTO		
Santander de Quilichao	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL
	81,2	94,03	39,88	86,48	94,94	52,24	85,32	93,05	51,98
	REC 2019			REC 2020			REC 2021		
	COBERTURA DE ALCANTARILLADO			COBERTURA DE ALCANTARILLADO			COBERTURA DE ALCANTARILLADO		
	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL	TOTAL URBANA RURAL	URBANA	TOTAL RURAL
	74,05	93,2	12,36	78,11	94,13	13,18	77,55	92,18	14,41

Fuente: Informe al sistema Único de Información SUI

**Tabla 49 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida según zona urbana y rural del municipio de Santander de Quilichao, 2021**

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	99,69	96,90
Cobertura de acueducto	93,05	51,98
Cobertura de alcantarillado	92,2	14,41

Fuente: Informe al sistema Único de Información SUI



El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, es un indicador de disponibilidad de alimentos, y encontramos que el municipio no presentó diferencias estadísticamente significativas en relación con el departamento para el año 2020, con respecto al año 2005 se observa una disminución de 1,8%, sin embargo, en relación con el año 2019 se presenta una disminución de 0,25%. Tabla 50

**Tabla 50 Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del departamento, 2006-2020**

Determinantes intermediarios de la salud	CAUCA	Santander de Quilichao	Comportamiento																	
			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	7,43	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘		

Fuente: RIPS-SISPRO\_MSPS

### Condiciones factores, psicológicos y culturales

La incidencia de violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer en el municipio de Santander de Quilichao se encuentra en peor situación que el departamento. En el periodo de tiempo 2006-2020. Tabla 51

**Tabla 51 Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del Municipio de Santander de Quilichao- 2007-2020**

Determinantes intermedios de la salud	CAUCA	Santander de Quilichao
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	20,64	23,01
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	32,53	34,71

Fuente: FORENSIS – INMLCF

### Sistema sanitario

Para el año 2021 se lograron aportes significativos a los determinantes intermedios de la salud, el crecimiento poblacional presentado por el DANE en su Censo de Población y Vivienda 2018 representa un gran reto para la Secretaría Local de Salud y las Empresas Sociales del Estado en materia de garantía en aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando mejorar la afiliación de la población, otro lado las coberturas en vacunación se han logrado, gracias al compromiso con las diferentes IPS que tiene habilitado servicio de vacunación.



Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia. Este indicador señala el porcentaje de hogares con al menos un niño de 0 a 5 años sin acceso a todos los servicios de cuidado integral (Salud, Nutrición y Cuidado). Para el municipio de Santander de Quilichao en 2018 presento una tasa de 1,60 siendo menor que el Departamento que presento una tasa de 7,1.

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (2018): para el municipio presento un porcentaje de 4,70 siendo inferior si se compara con el indicador Departamental que presento un 9,7.

Cobertura de afiliación al SGSSS (2021): al comparar este indicador con el departamento no hay diferencias estadísticamente significativas que indican que el municipio se encuentra en similar situación frente al departamento.

En cuanto a los indicadores por etnia, para la población indígena se reportó en 2021 un total de afiliación de 19.593 personas de las cuales 10.140 son mujeres y 9.453 son hombres.

En la etnia afrodescendiente se reportó hasta 2017 un total de 10.050 personas afiliadas de las cuales 5.596 eran mujeres y 4.454 hombres.

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: Para el municipio a diciembre de 2021, presento un indicador favorable con un 156,71% y el Departamento presento 78,4%.

Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) Para el municipio a diciembre de 2021, presento un indicador favorable con un 93,07% y el Departamento presento 89,2%.

Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS) Para el municipio a diciembre de 2021, presento un indicador favorable con un 92,94% y el Departamento presento 88,8%.

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS) Para el municipio a diciembre de 2021, presento un indicador favorable con un 92,96% y el Departamento presento 87,3%.

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE) La semaforización del indicador permitió establecer que no existe diferencia estadísticamente significativa con el Departamento. el municipio presenta un porcentaje de 85,19 y el departamento de 81,37.

En la etnia indígena el porcentaje de nacidos vivos con 4 o mas consultas para 2020 fue del 59,33% y en la etnia Afro fue del 93,99%





**Tabla 53. Cobertura de vacunación COVID 19 Santander de Quilichao 2022**

Vacuna	1. Dosis	2. Dosis	Única Dosis	Primer Refuerzo	Segundo Refuerzo
Sinovac	17.626	13.677		1.069	60
AstraZeneca	16.666	9.434		2.152	4
Johnson & Johnson			9.973		
Moderna	5.691	3.335		1.528	374
Pfizer	3.944	3.410		3.449	892
<b>TOTAL</b>	<b>43.927</b>	<b>29.856</b>	<b>9.973</b>	<b>8.198</b>	<b>1.330</b>

Fuente: PAIWEB- Ministerio de Salud y Protección Social -Consulta 06/12/2022

### SERVICIOS HABILITADOS IPS

El municipio para la prestación de servicios de salud cuenta con el Hospital Francisco de Paula Santander que corresponde a la mediana complejidad, y que complementa al primer nivel en la prestación de los servicios de hospitalización, atención de urgencias y partos de la baja complejidad.

Para el año 2021 dentro de los servicios habilitados que aumentaron fueron Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico 2, Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología 3, Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería 4, Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna 6, Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología 4, Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría 5, Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología

Los servicios que se inhabilitaron entre 2020 y 2021 fueron Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje 1, Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia 5, Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional 1.



**Tabla 54. Grupo de Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el municipio de Santander de Quilichao Cauca, 2015-2021**

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular		1	2	3	2	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electro diagnóstico		1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	6	6	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	10	11	11	11	12	12	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	9	12	17	17	17	19	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	1	1	1	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	9	10	10	11	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología				1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	5	4	4	5	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	8	9	9	8	10	9	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	12	13	14	15	15	14	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	5	8	13	14	15	15	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	5	6	12	12	13	14	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	12	12	12	11	11	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	19	20	22	21	22	23	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e	11	11	12	12	12	11	11



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	interpretación de radiografías odontológicas							
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	3	3	4	5	7	7	7
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	2	3	4	5	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos		1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	3	3	3	3	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	2	2	2	3	3	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	1						
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	1	1	1	1	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	1	2	2	2	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	7	7	10	9	10	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	5	5	6	6	7	7	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	1	2	2	2	2	2	2



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	5	4	4	5	5	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	10	11	14	13	15	14	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	12	11	10	10	10	10	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonaudiología y/o terapia del lenguaje	6	6	6	6	6	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	10	11	14	13	14	13	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	4	4	4	5	6	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética					1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	5	6	6	6	8	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	20	22	25	23	26	26	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	8	11	14	13	14	13	19
	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	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología		4	4	4	5	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	1	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	9	15	23	21	22	22	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	20	20	21	20	22	21	21



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	3	3	3	3	3	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	6	5	6	6	7	7	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	6	5	6	6	7	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	8	7	7	8	8	9	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	4	5	6	6	6	8	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	5	6	6	6	6	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	9	10	12	12	13	12	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	5	4	4	5	5	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	16	22	24	23	24	25	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	2	2	3	5	5	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	4	3	3	4	4	4	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	1	1	1	1	1	1	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	4	4	4	4	4	4	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	4	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	4	5	5	5	6	6	6
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico			1	1	1	1	1
	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 hospitalización en unidad de salud mental				1	1		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital				1	1		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	1	1	1	1	1	1	1



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			6				
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	1	2	3	3	4	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	2	2	3	3	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	3	5		12	15	14	14
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	14	14	14	13	13	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	11	11	12	12	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo ( menor a 10 años)	11	11	12	12	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven ( de 10 a 29 años)	12	12	12	12	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	12	12	13	12	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto ( mayor a 45 años)	11	11	12	12	12	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	8	9	11	10	10	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	12	12	12	11	11	10	10



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	13	13	12	11	11	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	7	7	7	8	8	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	13	13	14	13	13	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	17	17	18	18	19	18	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	8	8	9	9	9	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	7	7	7	7	7	6	6
	QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	2	2	2	1	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica		1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica		1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica		2	2	2	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral		2	2	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica		1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología		1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica			1	2	2	2	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética						1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica		1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología		1	1	1	1	1	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías		2	2	2	1	1	1	1



Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	1	1	1	1	1	1	1
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1

Fuente: REPS; Fecha de consulta 06/12/2022

#### OTROS INDICADORES DEL SISTEMA SANITARIO

En la siguiente tabla se relacionan los indicadores del Sistema Sanitario del municipio de Santander de Quilichao para el año 2021, haciendo un análisis de los servicios en salud ofertados respecto a su población, de manera general se evidencia déficit de transporte asistencial, capacidad instalada en servicios de hospitalización general, por lo cual se remite a instituciones de mayor nivel de complejidad en la ciudad de Cali. Tabla 55

Tabla 55 Otros indicadores de sistema sanitario en el municipio de Santander de Quilichao, 2021

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,06	0,06	0,10	0,07	0,07	0,08	0,35
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,04
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,07	0,07	0,11	0,08	0,08	0,09	0,39
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,32	0,32	0,31	0,31	0,30	0,26	1,33
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	0,69	0,68	0,67	1,38	0,84	0,52	2,00

Fuente: REPS 2021

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

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



Tabla 56. Personas en Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI

Año	Nombre Municipio	Personas en NBI		
		Cabecera	Resto	Total
		Prop (%)	Prop (%)	Prop (%)
2005	SANTANDER DE QUILICHAO	14,01	53,54	33,60
2018	SANTANDER DE QUILICHAO	7,51	16,44	12,02

Fuente: DANE 2005-2018 - Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional a 31 de diciembre de 2018.

- **Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas:** En el municipio según el Censo de Población y Vivienda 2018; el 12,02%, tienen necesidades básicas insatisfechas de los cuales el 16,44%, corresponde a la zona rural y el 7.51% a la cabecera municipal.
- **Proporción de población en miseria:** En el municipio según el Censo de Población y Vivienda 2018 – DANE, el 1,64% de la población, se encuentran en estado de miseria, mayormente representado en la población rural con 2,2% de la población rural.
- **Proporción de población en hacinamiento** En el municipio según el Censo de Población y Vivienda 2018 – DANE, el 1,97%, se encuentran en estado de hacinamiento.

Tabla 57. Índice de Pobreza Multidimensional

Año	Municipio	Total	Cabeceras	Centros poblados y rural disperso
2005	Santander de Quilichao	62,8	41,50	84,00
2018	Santander de Quilichao	23,8	15,7	31,7

Índice de Pobreza Multidimensional	2005	2018
Trabajo informal	90,87%	85,8%
Bajo logro educativo	69,41%	49,6%
Sin aseguramiento en salud	57,25%	15,4%
Rezago escolar	30,04%	13,0%
Material inadecuado de pisos	22,85%	18,6%
Sin acceso a fuente de agua mejorada	20,77%	10,1%
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	20,60%	1,6%
Analfabetismo	14,62%	8,7%
Hacinamiento crítico	13,75%	6,5%
Inadecuada eliminación de excretas	10,04%	6,7%
Inasistencia escolar	8,83%	3,2%
Material inadecuado de paredes exteriores	4,48%	7,4%
Barreras de acceso a servicios de salud	4,34%	4,7%
Trabajo infantil	3,01%	1,8%

Fuente: DANE 2005-2018 - Índice de Pobreza Multidimensional, según municipio.

## Cobertura Bruta de educación

De acuerdo con la información reportada por el CNPV 2018, el porcentaje de analfabetismo en hogares disminuyó 6,1% en comparación con la información reportada por el DANE en el 2005, las coberturas brutas de educación categoría primaria, secundaria y media presentan una tendencia ascendente y se ubican por encima de los porcentajes de cobertura departamental.

En relación con la tasa bruta de educación **categoría primaria** para el periodo 2005 a 2021 se observa un comportamiento estable por encima del 100%, esta categoría alcanzó coberturas máximas de 197,1% en el año 2009.

La tasa bruta de educación **categoría secundaria** para el periodo 2005 a 2021 muestra un comportamiento estable por encima del 100%, esta categoría tuvo una cobertura mínima de 29,1 en el año 2005 y cobertura máxima en el año 2021 con una la tasa bruta de educación de 111,84%.

La tasa bruta de educación **categoría media**, para el periodo 2005 a 2019 muestra una tendencia al ascenso, esta categoría tuvo una cobertura mínima de 7,10 en el año 2005 y cobertura máxima en el año 2019 de 92,8%. Sin embargo, en el año 2021, este indicador disminuyó al 89,5%, probablemente como resultado de la deserción escolar resultante de embarazos en adolescentes, dificultades económicas, etc.

**Tabla 58. Tasa de cobertura bruta de educación del Municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2021**

Educación	CAUCA	SANTANDER	Comportamiento										
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	14,9	8,70								-			
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	106,21	110,83	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	100,37	111,84	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	77,53	89,50	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗

Fuente: Mineducación



**CAPÍTULO III**  
PRIORIZACIÓN  
DE LOS EFECTOS  
DE SALUD





## CAPITULO III PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

De acuerdo con los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos se realiza la priorización en salud, realizando el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes; e identificando los indicadores y/o eventos que se encuentran en peor situación con relación al departamento.

### 3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

La tabla 47 muestra los indicadores con mayor afectación al municipio y aquellos en los que comparativamente con el departamento, el municipio se encuentra en peor situación.

**Tabla 59** Identificación de problemas en salud pública en Santander de Quilichao, 2005 – 2021

Problemas identificados	Población afectada
Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	Todos
Mortalidad por causas externas	Todos
Morbilidad por neoplasias malignas	Todos
AVPP por causas externas	Todos
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	Todos
Razón de mortalidad materna	Todos
Morbilidad Salud Mental	Todos
Discapacidad por alteraciones del movimiento	Todos
Morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales	Todos
Morbilidad por enfermedades no transmisibles	Todos
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	Todos
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	Mujeres
Contaminación por utilización de mercurio durante actividad minera	Todos



### 3.2. Priorización de los problemas de salud

La tabla 50 prioriza los problemas identificados en el análisis y los identificados por los dirigentes del municipio y su población y los categoriza de acuerdo con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública que aportaría a su intervención.

**Tabla 60 Priorización de los problemas de salud del municipio de Santander de Quilichao, 2020**

DIMENSIONES	PROBLEMAS	Grupos de Riesgo (MIAS)
<b>Salud ambiental</b>	1. Explotación minera, contaminación con mercurio	0
	2. Deficiente cobertura de sistema de alcantarillado y acueducto en la zona rural.	0
<b>2-Vida saludable y condiciones no transmisibles</b>	1. Altas tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio	1
	2. Tasa de AVPP altas, muertes prematuras por causa externa	0
	3. Enfermedades Crónicas de las vías respiratorias, como causa importante de mortalidad.	2
	4. Diabetes Mellitus como segunda causa de mortalidad en el grupo de las de mas causas	1
	5. Alta incidencia de tumores malignos	0
<b>3-Convivencia social y salud mental</b>	1. Violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer.	12
	2. Alto índice consumo Sustancias psicoactivas	4
	3. Altas tasas de suicidio	4
	4. Homicidios como causa principal de mortalidad por causa externa	12
	5. Muertes por accidente de transito como segunda causa de mortalidad por causa externa	12
<b>4-Seguridad alimentaria y nutricional</b>	1. Morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales en la primera infancia e infancia.	3
	2. Mortalidad infantil por Desnutrición y otras deficiencias nutricionales.	3
<b>5-Sexualidad, derechos, sexuales y reproductivos</b>	1. Alto índice embarazo en adolescentes	8
	2. Morbilidad por condiciones Materno- perinatales.	8
<b>6-Vida saludable y enfermedades transmisibles</b>	1. Alta morbimortalidad por infección respiratoria aguda	9
	2. Altas Tasas de mortalidad por EDA en menor de 5 años.	9
	3. Mortalidad y letalidad por tuberculosis	9



DIMENSIONES	PROBLEMAS	Grupos de Riesgo (MIAS)
8-Salud y ámbito laboral	1. No certificación de servicios de salud aumenta riesgo en el ámbito laboral de personal de salud.	11
9-Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	1. Deficiente enfoque poblacional en la planeación del desarrollo territorial	0
	2. Mortalidad materno infantil alta en grupos étnicos	8
	4. Discapacidad por alteraciones del movimiento	0
10-Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	1. Deficiente capacidad instalada para garantizar atención integral a la población	0
	2. Necesidad de fortalecimiento y continuidad de la implementación de la estrategia Atención Primaria Salud en la prestación de servicios de salud en el municipio.	0

Fuente: elaboración SLS

#### CARACTERIZACION DE LA POBLACION POR EAPB

Según el reporte de caracterización de las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios (EAPB) para el año 2021 para el municipio de Santander de Quilichao se registran las siguientes prioridades:

Según las prioridades por EAPB según los indicadores, se entiende que se realiza según el análisis a través de la identificación y análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas que permiten priorizar la gestión y control de los procesos para el control del riesgo en salud.

Si bien, las EPAB han priorizado indicadores que afectan al municipio en su morbilidad y mortalidad, sin embargo, se debe tener en cuenta el presente documento y ampliar a los indicadores que no han sido priorizados, debido a que afectan de una forma significativa la salud de los Quilichagueños.

Tabla 61. Priorización de problemas de salud identificados por las EAPB en la caracterización de la población afiliada del Municipio de Santander de Quilichao 2020

EAPB	INDICADOR PRIORIZADO
EPS SANITAS	Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
EPS SANITAS	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero
COMPENSAR	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
COMPENSAR	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años



EAPB	INDICADOR PRIORIZADO
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Razón de mortalidad materna
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Tasa de mortalidad perinatal
NUEVA EPS	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
NUEVA EPS	Tasa de mortalidad infantil por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	Tasa de mortalidad perinatal
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
EMSSANAR SAS	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
EMSSANAR SAS	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
ASMET SALUD EPS SAS	Tasa de mortalidad perinatal
ASMET SALUD EPS SAS	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	Tasa ajustada de mortalidad por agresiones (homicidios)
ECOPETROL S.A.	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
ECOPETROL S.A.	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	Tasa de mortalidad perinatal
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB
EPS SANITAS	Tasa ajustada de mortalidad por leucemia
EPS SANITAS	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuerpo del útero



EAPB	INDICADOR PRIORIZADO
COMPENSAR	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
COMPENSAR	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
COMFENALCO VALLE EPS	Razón de mortalidad materna
COMFENALCO VALLE EPS	Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Razón de mortalidad materna
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	Tasa de mortalidad perinatal
NUEVA EPS	Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años
NUEVA EPS	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
ASMET SALUD EPS SAS	Tasa de mortalidad perinatal
ASMET SALUD EPS SAS	Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años
EMSSANAR SAS	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida
EMSSANAR SAS	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

FUENTE:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/caracterizacion-poblacional.zip>



### 3.3. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS/OPS. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades ( MOPECE 4)Vigilancia en Salud Pública. Vol. 4, Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de E nfermedades ( MOPECE 4)Vigilancia en Salud Pública. 2011. 54 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Efectos de la exposición al mercurio en la salud de las personas que viven en comunidades donde se practica la minería aurífera artesanal y en pequeña escala. 2013;1–8. Available from: [http://www.who.int/ipcs/assessment/public\\_health/mercury\\_asgm\\_es.pdf](http://www.who.int/ipcs/assessment/public_health/mercury_asgm_es.pdf)
3. Díaz-Arriaga FA. Mercurio en la minería del oro: impacto en las fuentes hídricas destinadas para consumo humano. Rev Salud Publica (Bogota) [Internet]. 2014;16(6):947–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26120863>
4. Pardo L. La conflictividad por el territorio, el control de los RNNR y la renta minera. El choque de las locomotoras mineras en Colombia. Minería en Colomb Inst y Territ Parad y conflictos [Internet]. 2013;2:7–341. Available from: <http://www.contraloriagen.gov.co/documents/10136/182119332/MineriaEnColombia-Vol2.pdf/6cc33e0c-29e9-4a65-8561-1215fa8d07a0>
5. Jhonson-Restrepo, B. Olivero-Verbel J. El lado gris de la minería del oro: la contaminación con mercurio en el norte de Colombia. 2002;123.
6. Güiza L, Aristizábal JD. Mercury and gold mining in colombia: A failed state. Univ Sci. 2013;18(1):33–49.
7. Verbel JO. Efectos de la minería en colombia sobre la salud humana. Unidad Planeación Min Energética UPME. 2012;36.
8. Cabrera M, Espitia J, Fierro J, Negrete R, Pardo L, Rudas Gu, et al. la minería en Colombia, fundamentos para superar un modelo extractivista. Min En Colomb para superar el Model Extr. 2013;210.
9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD P. Análisis de conflictividades y construcción de paz. 2014;91.
10. Dirección de Investigación Criminal e Interpol PN. Minería ilegal en el Cauca [Internet]. 2016. Available from: <https://crc.gov.co/ambiental/mineria-en-el-cauca/>
11. Profamilia. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia. 1–93 p.
12. Luque Revuelto RM. Los desplazamientos humanos forzados recientes en el Cauca (Colombia): características e impactos sociales y espaciales. Investig Geográficas. 2016;(65):181–200.
13. Defensoría del pueblo Colombia. Informe Defensorial sobre el Desplazamiento Forzado por la Violencia en Colombia. :1–59.
14. Garzon JM, Miranda P, Usandizaga JA. Mortalidad Materna. Rev Esp Obstet Ginecol. 1974;33(195):217–35.
15. Organización Panamericana de la Salud. La mortalidad materna es inaceptable.
16. Szwarcwald CL, Bastos FI, Andrade CLT de. Health inequality indicators: a discussion of some methodological approaches as applied to neonatal mortality in the Municipality of Rio de Janeiro, 2000. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2002;18(4):959–70.
17. Arnaudo MF. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS Y SUS IMPLICANCIAS EN EL ESTADO DE SALUD. ALGUNOS INDICADORES APLICADOS A LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. 2015;101–11.
18. FAO, OPS, WFP, UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en



- américa latina y el caribe, desigualdad y sistemas alimentarios. *Panor la Segur Aliment y Nutr en América Lat y El Caribe* [Internet]. 2018;133. Available from: <http://www.fao.org/3/CA2127ES/ca2127es.pdf>
19. Moreno Gil ÁM, Hernández-Carrillo M, Pico Fonseca SM. Seguridad alimentaria en madres indígenas colombianas y su relación con los conocimientos, actitudes y prácticas en la primera infancia. *Rev esp nutr comunitaria*. 2020;26(4):0–0.
  20. Rojas-bernal LÁ, Guillermo Alonso Castaño-pérez, Restrepo- DP. *Salud mental en Colombia. Un análisis crítico*. 2018;
  21. Abadia, Cesar Ernesto, Góngora, Andrés, Fiesco-Neira, Jesús., Niño L. *Evaluación Rápida de la situación de Consumo de Heroína en el Municipio de Santander de Quilichao, Cauca* [Internet]. Bogotá. 2009. Available from: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/tesis-apoyadas-odc/CO031052009-evaluacion-rapida-situacion-consumo-heroina-municipio-santander-quilichao-cauca.pdf>
  22. Organización Panamericana de la Salud. *Entre 140 y 180 millones de personas viven con una discapacidad en las Américas*. 2012.
  23. Organización Mundial de la Salud (OMS). *10 datos sobre las enfermedades no transmisibles*. 2013;
  24. Morales-Borrero, C . Borde, E. Eslava-Castañeda, J y Concha-Sanchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública*. 2013;60(5):841–8.
  25. MacInnes J, Díaz JP. La tercera revolución de la modernidad; la revolución reproductiva. *Rev Esp Investig Sociol*. 2008;(122):89–118.
  26. López Pérez Martha. *Tuberculosis. Colombia 2017*. 2017;26.
  27. Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS. *Lineamiento Para El Cuidado De Las Armonías Espirituales Y De Pensamiento De Los Pueblos Indígenas*. 2019.