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

MUNICIPIO CHITARAQUE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD CHITARAQUE

REALIZADO POR: JOHANA CORREA CARREÑO
ENFERMERA – COORDINADORA VSP MUNICIPAL

BOYACÁ – CHITARAQUE 2013

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 9
INTRODUCCIÓN 10
METODOLOGÍA 11
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES 12
SIGLAS 13
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO 15
1.1 Contexto territorial 15
1.1.1Localización 15
1.1.2 Características físicas del territorio 17
1.1.3 Accesibilidad geográfica 20
1.2 Contexto demográfico 22
1.2.1 Estructura demográfica 24
1.2.2 Dinámica demográfica 29
1.2.3 Movilidad forzada 30
II. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES 32
2.1 Análisis de la mortalidad 32
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas 32
2.1.2 Mortalidad especifica por subgrupo 40
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez 48
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez 55
2.2 Análisis de la morbilidad 58
2.2.1 Principales causas de morbilidad 58
2.2.2Morbilidad especifica por subgrupo 66
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo 75
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria 76
2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012 78
2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad 82
2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS 84
2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud 84

2.2.8.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud 90

2. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD 94

3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente 94

3.2. Priorización de los problemas de salud 95

LISTA DE TABLA

Tabla 1.Distribución del municipio de Chitaraque por extensión territorial y área de residencia, 2012 16
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros departamento/ distrito / municipio, 2012 20
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2012 21
Tabla 4 .Población por área de residencia del Municipio de Chitaraque2012 23
Tabla 5.Población por pertenencia étnica área de residencia del Municipio de CHITARAQUE 24
Tabla 6. Distribución de la población por grupos de edad y género año 2005. 2012 y 2020 Municipio de Chitaraque 25
Tabla 7 .Proporción de la población por grupo etario, municipio CHITARAQUE 2005,2012, 2020. 26
Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica CHITARAQUE, 2005, 2012, 2020. 28
Tabla 9 .Otros indicadores de la dinámica de la población municipio, CHITARAQUE 2012 30
Tabla 10. Población desplazada por ciclo vital, área de residencia y sexo, municipio, CHITARAQUE 2012 31
Tabla 11. Número de muertes en la infancia y niñez, según la lista de las 67causas municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 49
Tabla 12. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 51
Tabla 13. Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 52
Tabla 14. Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, municipio CHITARAQUE, 2005 – 2011 54
Tabla 15. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de CHITARAQUE, 2005- 2011 55
Tabla 16. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2012 58
Tabla 17. Principales causas de morbilidad, municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012 59
Tabla 18. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012 66
Tabla 191.Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012 69
Tabla 20. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012 71
Tabla 21. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012 72
Tabla 22. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012 74
Tabla 23. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de CHITARAQUE, 2008-2011 75
Tabla 25. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria municipio de CHITARAQUE 82

Tabla 26. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del municipio de CHITARAQUE, 2005 85
Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del municipio de CHITARAQUE, 2005-2010 86
Tabla 28. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del municipio de CHITARAQUE 87
Tabla 29. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de CHITARAQUE 88
Tabla 30. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el municipio de CHITARAQUE, 2012 89
Tabla 31. Tasa de cobertura bruta de educación del CHITARAQUE Municipio, 2005 – 2012 91
Tabla 32. Censo establecimientos educativos 2012 91
Tabla 33. Condiciones de trabajo 2012 92
Tabla 34. Necesidades Básicas insatisfechas – NBI en el municipio, 2012. Fuente plan de desarrollo municipal CHITARAQUE 2009 – 2011 93
Tabla 35 Distribución porcentual de la población según aseguramiento CHITARAQUE 2012 94
Tabla 36. Afiliados al régimen de seguridad social en salud subsidiado y contributivo, año 2012 94
Tabla 37. Priorización de los problemas de salud del municipio de Chitaraque 2012 96

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1.Pirámide poblacional del municipio de Chitaraque, 2005, 2012, 2020 25
Figura2.Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, CHITARAQUE 2005 y 2013 y 2020..... 27
Figura3Población por sexo y grupo de edad municipio CHITARAQUE, 2012 27
Figura4.Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad Y Mortalidad CHITARAQUE, 2005 Y 2011 29
Figura5.Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 33
Figura 6.Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 34
Figura7. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio CHITARAQUE, 2005 – 2011 35
Figura 8.Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 36
FIGURA 9Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 37
FIGURA 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 37
FIGURA 11. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de CHITARAQUE 2005 – 2011 38
FIGURA 12.Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Chitaraque, 2005 – 2011 39
FIGURA 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio de Chitaraque, 2005 – 2011 40
FIGURA 14.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 41
FIGURA 15.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 41
FIGURA 16.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 42
FIGURA 17.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 43
FIGURA 18.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 44
FIGURA 19.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 45
FIGURA 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 46
FIGURA 21.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 47
FIGURA 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011 48
FIGURA 24.Tasa de mortalidad neonatal, municipio de CHITARAQUE, 2005 -2011 56

FIGURA 25.Tasa de mortalidad infantil, municipio de CHITARAQUE, 2005-2011..... 57
FIGURA 26.Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de CHITARAQUE, 2005- 2011 57
Figura 27.Población por estrato socioeconómico, municipio, CHITARAQUE 93

LISTAS DE MAPAS

Mapa 1. División administrativa del casco Urbano de municipio de Chitaraque 2013 16
Mapa 2. División política administrativa y límites, de municipio de Chitaraque2012..... 17
Mapa 3. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, del municipioChitaraque2012..... 19
Mapa4. Vías de comunicación del municipio de Chitaraque, 2012..... 22

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS. Razón por la cual, el Ministerio elaboró la Guía conceptual y metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – DSS, y la plantilla para la construcción del documento que da cuenta del ASIS.

La guía conceptual y metodológica y sus anexos y la plantilla constituyen el material básico del taller de capacitación para la elaboración del ASIS con el modelo conceptual de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos documentos contienen orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas para facilitar a las Entidades Territoriales de Salud su desarrollo.

La plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, está estructurada en tres partes, la primera, la caracterización de los contextos territorial y demográfico; la segunda parte es, el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes y la tercera corresponde a la priorización de los efectos de salud de acuerdo a los lineamientos dados en la guía.

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la guía, sus anexos y la plantilla se concretan como un medio para estandarizar la mínima información a contener en el documento de ASIS. Adicionalmente, identifica las desigualdades en salud, que servirán de insumo para la formulación de los Planes Territoriales de salud en los ámbitos departamental, distrital y municipal.

La guía y sus anexos y la plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, será un material de primera mano y de consulta para los profesionales involucrados en la elaboración del ASIS, investigadores, la academia y todos aquellos actores interesados en conocer el estado de salud de una población en particular.

Esta plantilla fue diseñada para que, siguiendo la estructura propuesta, orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas se vaya desarrollando el ASIS con la inclusión de las salidas de información (tablas, mapas y figuras) y la interpretación de las mismas.

A partir de la siguiente página, inicie desarrollando cada capítulo del documento.

INTRODUCCIÓN

La ESE Centro de Salud Chitaraque presenta el análisis situacional en salud 2012 con el objetivo de analizar y tomar decisiones frente a la salud de nuestra población, necesidades y prioridades de salud. La información aquí plasmada es el resultado de la información de la ESE Chitaraque y los entes municipales quien nos aportan datos base para la construcción de los indicadores, este documento tiene como propósito convertirse en una herramienta útil para la población que necesita acceder a la información básica en salud por lo que se incluye datos demográficos, sociales, de natalidad, de morbilidad y de mortalidad. Teniendo en cuenta los lineamientos establecidos, incluyendo una línea base de la situación en salud de la población y las metas; se reflejara en un buen estudio que se utilice para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y los planes de acción de intervenciones individuales y colectivas.

METODOLOGÍA

Este documento se realizó con la recolección de datos recopilados en las bases de datos de la ESE Centro de Salud de Chitaraque y fuentes de información en donde se refieren los siguientes: RIPS de consulta, Proyecciones y estimaciones DANE Estadísticas vitales Nacidos vivos y Defunciones, Información de registros individuales, Indicadores de salud, SIVIGILA, población DANE 2005 y encuesta nacional demografía y salud, para conseguir resultados más afines a la realidad.

Esta recopilación de información queda a la disposición de la comunidad para la toma de decisiones que les permita medir un perfil de salud- enfermedad de la comunidad de Chitaraque con el propósito de orientar la toma de decisiones en los diferentes niveles del sector.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

En primer lugar quiero agradecer a Dios por bendecirme para llegar a desarrollar este trabajo que necesito de mucho esfuerzo y dedicación, quiero agradecer a mi familia por el apoyo que me ha brindado siempre para que se hiciera posible la culminación de este análisis.

La Empresa social del estado ESE Centro de salud Chitaraque a través de los lineamientos dados por el ministerio de salud y protección social y con el apoyo por parte de la secretaria de salud Departamental de Boyacá presenta el análisis situacional en salud, con el propósito de cumplir con uno de los objetivos fundamentales de la salud pública como es la difusión y el análisis para toma de decisiones.

Esta información aquí plasmada es el resultado del trabajo conjunto de los diferentes actores y dependencias en salud de nuestro municipio quienes han aportado su información; de igual forma de otras instituciones municipales que sirven de fuente para poder presentar esta información lo más actualizada posible.

Esperamos que este sea un aporte significativo para el conocimiento de la situación en salud de nuestro municipio Chitaraque y se utilice en el progreso de las condiciones de vida de la población

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

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

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

No: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS. Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

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

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

El primer capítulo caracteriza el territorio en los contextos territorial y demográfico en el ámbito municipal. Se debe utilizar la información más reciente disponible para conocer la relación entre la población, el territorio, su ambiente y la sociedad, lo cual permitirá visibilizar los factores determinantes del estado de salud de la población.

1.1 Contexto territorial

1.1.1Localización

El municipio de Chitaraque se localiza en la parte noroccidental del departamento de Boyacá, en la denominada parte baja de la provincia de Ricaurte, distante de la capital departamental Tunja 104,6 kilómetros, recorriendo entre otros los municipios de Moniquirá, Barbosa y Guepsa en el departamento de Santander, san José de Pare y Santana, a lo largo de la troncal Bogotá – Bucaramanga, conocida en la región como carretera Bolivariana. Ver figura 1. Localización General del municipio de Chitaraque.

Chitaraque asemeja una península boyacense incrustada en el sur del departamento de Santander y limita con los municipios de Gámbita y Suaita en este departamento y los municipios de Togüí, San José de Pare y Santana en el departamento de Boyacá.

Ubicación del municipio de Chitaraque.

Chitaraque hace parte de la provincia de Ricaurte, y de la denominada zona de

Ricaurte bajo, constituida por los municipios boyacenses de la hoya del río Suarez: Arcabuco, Moniquirá, Togüí, San José de Pare y Santana, además del propio Chitaraque, región geográfica y homogénea conocida como la hoya del río Súarez, que integra municipios de los departamentos de Boyacá y Santander (Puente Nacional, Barbosa, Guepsa, Suaita), cuya población tiene características culturales, económicas y sociales de enorme similitud.

El territorio municipal se localiza en las planchas 151 III C, 151 III D, 171 I A, 171 I B, 171 I C y 171 I D, a escala 1:25.000 del Instituto Geográfico Agustín Codazzí IGAC y sus coordenadas límites son las siguientes:

Coordenadas planas Coordenadas Geográficas

Norte 1.164.092 Latitud máxima 6° 4´ 57.32”

Sur 1.142.948 Longitud máxima 73° 29´ 56.1”

Oeste 1.064.429 Latitud mínima 5° 53´ 28.52”

Este 1.078.370 Longitud mínima 73° 22´ 23.65”

El municipio tiene una extensión de 157,65 kilómetros cuadrados, 15.765,80, Hectáreas, se encuentra dividido en 15 veredas que conforman el área ruralCorrespondiendo al 99.88% de la extensión municipal y el restante 0.12%, esto es 18,50 hectáreas constituyen la zona urbana.

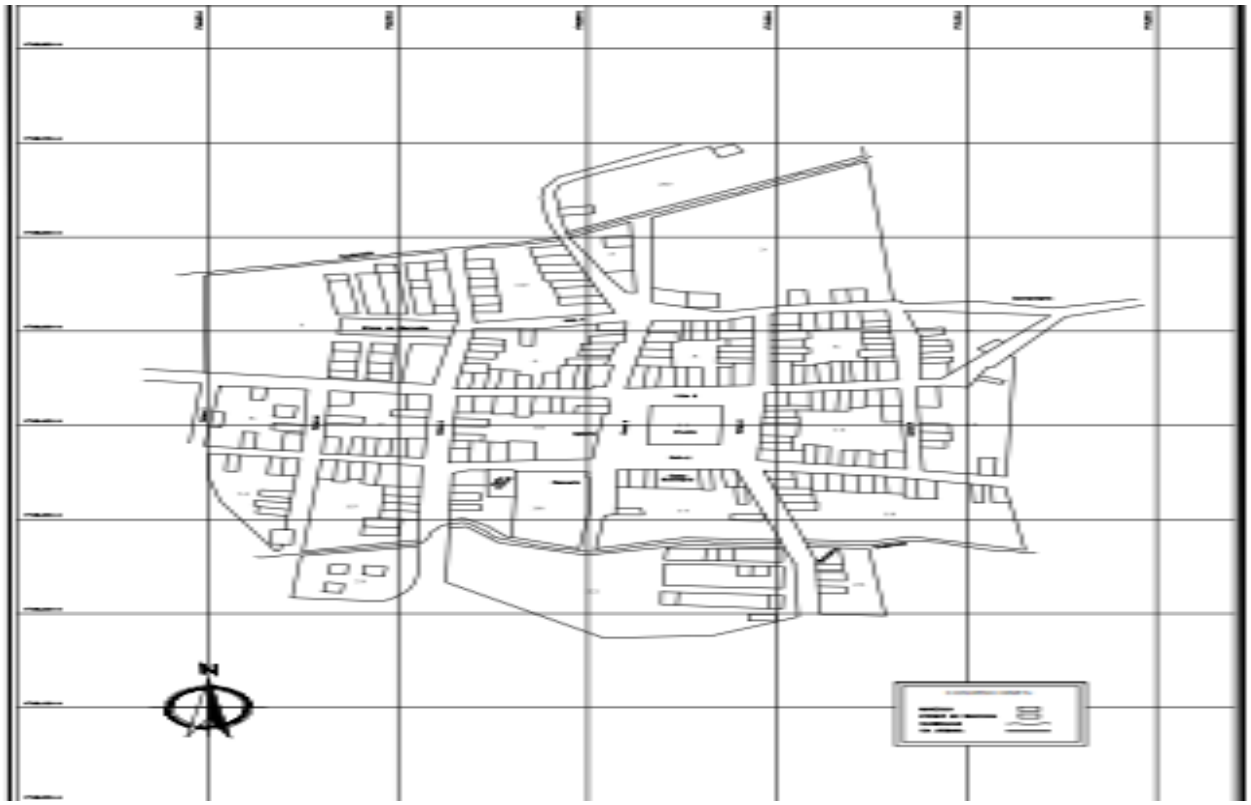
Tabla 1.Distribución del municipio de Chitaraque por extensión territorial y área de residencia, 2012

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
CHITARAQUE	18.5Hect	0.12%	15,7 Hecta	99.88%	15,765.8	100 %

Fuente: Oficina de planeación Municipal 2013.

El casco urbano del municipio está conformado por cauto Barrios (Villa Leticia, Villa de san Carlos y Yesid Aranda)

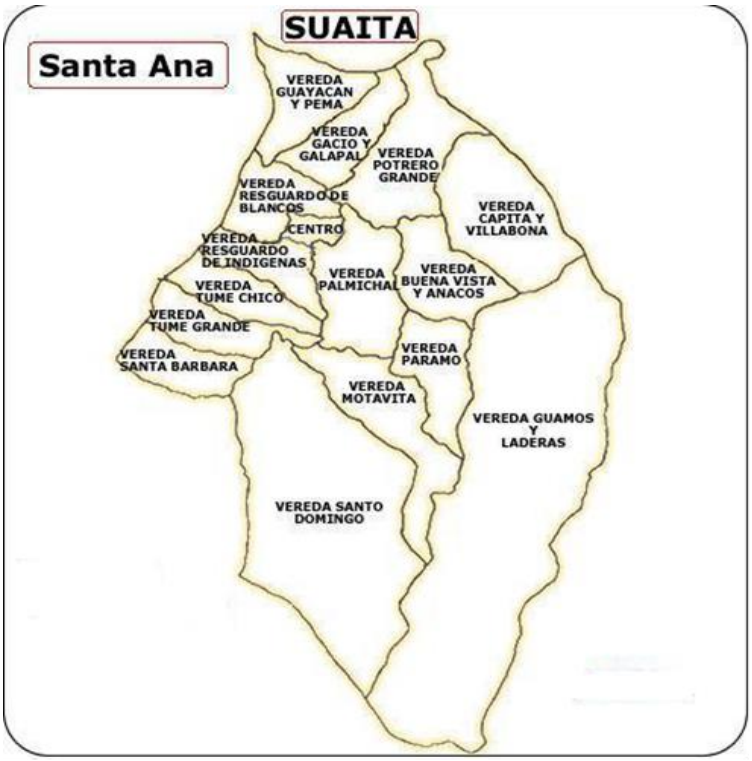
Mapa 1. División administrativa del casco Urbano de municipio de Chitaraque 2013



Fuente: Oficina de planeación Municipal 2013.

El Municipio está conformado por quince (15) veredas (Buenavista, Guamos y Laderas, Guayacan y Peña Palmichal Alto y Bajo, Potrero Grande Capita y Villavona, Gacio y Galapal, Motavita, Paramo y Resguardo de Blancos, Resguardo de indígenas y Santo Domingo.

Mapa 2. División política administrativa y límites, de municipio de Chitaraque2012



Fuente: Oficina de planeación Municipal 2013.

1.1.2 Características físicas del territorio

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CULTURALES

De inconfundibles orígenes indígenas y según los historiadores, entre ellos, Ramón Correa, la población fue fundada como pueblo doctrinero el 1 de enero de 1621 por Francisco Roque y Calvo, sin que se conozca con certeza el día de su exaltación oficial como asentamiento social política y administrativamente organizado.
En lenguaje chibcha CHI-TA-RA significa, nuestro, labranza y nombre del demonio respectivamente. QUE, es un nombre propio posiblemente el de un zaque con gran influencia y poder en el amplio territorio de los Muiscas que en esos tiempos se extendía hasta lo que en la actualidad pertenece al vecino Departamento de Santander y parte de la República Bolivariana de Venezuela. Sin embargo, existe otra interpretación lingüística de su significado. Para el arqueólogo Virgilio Becerra de la Universidad Nacional, al igual que para el historiador Joaquín Acosta Ortegón, Chitaraque significaría “Nuestra vigorosa labranza de atrás” que correspondería con su localización en los confines del territorio muisca.

Habitado en la época de la colonia por mestizos, producto genético de la presencia de españoles en tierras indígenas, el caserío se configuró como asentamiento humano de encomenderos, y su vecina, Santana, se erigió como parroquia eclesiástica desde donde oficiaba el Sacerdote para las dos comunidades cristianas Don Narciso Franco, por mandato del Virrey Don Manuel Antonio Flores y el Arzobispo de Santa Fé de Bogotá, Agustín Alvarado y Castillo, mandato fechado el 30 de mayo de 1777 y refrendado el 2 de junio del mismo año.

Como en los demás pueblos, las autoridades civiles y eclesiásticas encomiendan a sus municipios a diferentes santos, de acuerdo con factores históricos, religiosos o de tradición oral que hayan marcado con mayor incidencia el devenir de la región.

Es así como se rinde homenaje de devoción y respeto al llamado apóstol de los negros, San Pedro Claver, de quien se asegura transitó por estas tierras durante su peregrinaje en la época de la Colonia, sin que esta aseveración se haya podido confirmar plenamente.

En consecuencia, las autoridades acordaron elegir a San Pedro Claver como el patrono del municipio y celebrar sus fiestas anuales el día 9 de septiembre. A partir del 2007 el Honorable Concejo Municipal aprobó la celebración del onomástico junto con la celebración de las fiestas del Santo Patrono del municipio.

La fiesta del Corpus Cristi se celebra con gran devoción, donde participa la comunidad en general. Se engalanan el parque principal con arcos los cuales son adornados con frutos y flores que se cultivan en la región; para dar comienzo a esta conmemoración, se celebran la santa misa en la iglesia, luego se realiza la procesión con el Santísimo alrededor del parque donde se bendicen todos los productos con que se han realizado los arcos como naranjas, mandarinas, zapotes, papayas, guanábanas, pitahayas y otros cultivos que se producen en la región como caña, maíz, plátano, yuca, café, entre otros, animales domésticos como pavos, patos y gallinas y gran variedad de flores como las orquídeas y las heliconias.
Actividad Económica

La actividad económica gira en torno a dos renglones productivos principales, la agricultura de la caña panelera, las actividades agropecuarias de subsistencia y la actividad ganadera de tipo extensivo, con una densidad que oscila entre 0.7 y 0.3 animales por hectárea se desarrolla en todas aquellas laderas con pastos yaragua, brachiara, pegapega, falso poa, gordura y otros. A lo largo de todo el municipio, se combina el cultivo de la caña, y en algunas veredas aparece la actividad ganadera pero sin ninguna connotación económica importante. La desventaja del predominio del monocultivo en este caso la caña panelera en el municipio consiste en una elevada sobreproducción acarreando posteriormente consecuencias en la baja de precios.

Desde tiempos inmemoriales, la venta de productos agropecuarios traídos desde las diferentes veredas del municipio, se realiza todos los días domingos con buenas ofertas para el consumidor. Anteriormente el mercado se llevaba a cabo en el parque principal “Julio Robles Sosa”, pero desde hace algún tiempo, se realiza en las instalaciones de la plaza cubierta localizada en la parte alta del pueblo y bautizada con el nombre de “Clarita”.

La estructura económica se fundamenta en el aprovechamiento de las tierras de cultivo y la ganadería, esta última en poca escala. Las siembras de yuca, plátano, café, maíz, naranja, piña, aguacate y pitaya, entre los productos más representativos que anteriormente ocupaban un significativo espacio en el renglón de la economía campesina de la región, hoy en día han cedido terreno importante para ocupar un alto volumen de hectáreas en el cultivo de la caña panelera, producto que tras afianzarse en toda la zona, se constituye en la principal fuente de generación de empleo y de ingresos de los campesinos, pese a considerarse como un monocultivo, de procesamiento artesanal en más de un centenar de trapiches y de su desordenada siembra que genera, cíclicamente, delicados problemas de inestabilidad en los precios de la panela y productos finales.

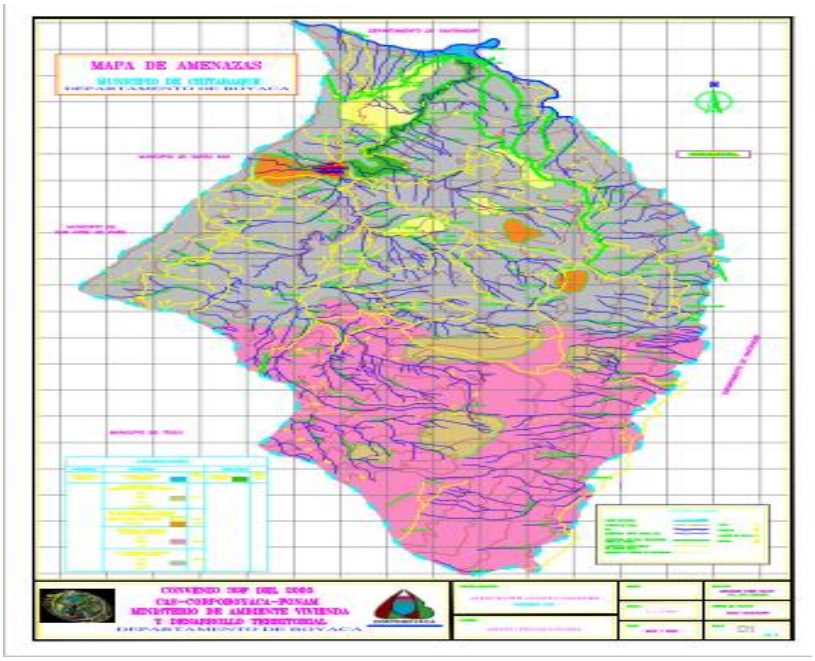
De las aproximadamente 14.000 hectáreas de tierra para cultivo, cerca del 55% de ellas están destinadas a la explotación de la agricultura y un 35% a la cría de ganado bovino, mular, asnal y caprino.

Según estimativos recientes del anuario estadístico de Boyacá, Chitaraque saca a los mercados regionales un promedio de 25.000 toneladas de panela año y otros productos.

La molienda de la caña panelera, considerada uno de los símbolos más representativos que ocupa al campesino se puede considerar como un verdadero ritual por las características que encierra toda su faena.

En proceso manual, la caña se introducía de tal forma que quedara prensada por los dos rodillos que giraban simultáneamente y así extraían el jugo, que luego era introducido por canaletas hasta las pailas de cobre dispuestas sobre estufas alimentadas por leña, siendo sometido este jugo a altas temperaturas para alcanzar, poco a poco, el punto de cocción y consistencia ideal para convertirse en la miel que liego se dejaría enfriar para envasarla en los zurrones de cuero y ser transportada a los diferentes mercados. Se estima que en la región existen cerca de 100 trapiches, entre tecnificados y rudimentarios que continúan procesando y almacenando la miel destinada a la fabricación de la panela.

Mapa 3. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, del municipioChitaraque2012



Fuente: Oficina de planeación Municipal 2013.

El municipio de Chitaraque se relaciona con factores tales como la contaminación de agua, tierra, contaminación acústica de fuentes de agua, deforestación uso de pesticidas uso inadecuado de suelos entre otros.

Desafortunadamente el área rural es la más susceptible a verse afectada por los diferentes factores de contaminación ya que no hay buena cultura para el cuidado y preservación del ecosistema.

AGUA
Factores de contaminación: Como se observa en el cuadro el principal factor de contaminación está relacionado con la actividad económica principal de la región. Factores de Deterioro: Las principales son la contaminación de las fuentes de agua y las quemas que realizan de los deshechos de la caña.

AIRE
La contaminación del aire está directamente relacionada a la industria panelera.

TIERRA
Drenaje: Relacionado al deshecho de las basuras a campo abierto en el área rural por el sistema inapropiado de disposición de las basuras.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

La accesibilidad a las diferentes veredas o sectores a la cabecera municipal, condiciones del parque automotor y facilidades de transporte. La distribución territorial se aprecia en las tablas indican la extensión de cada una de las veredas y el centro urbano, además de información relacionada con el perímetro y localización y límites.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros departamento/ distrito / municipio, 2012

Barrios y veredas	Tiempo de llegada desde el barrio o vereda a la cabecera municipal, en minutos.	Distancia en kilómetros desde el barrio o vereda a la cabecera municipal.	Tipo de transporte desde el barrio o vereda a la cabecera municipal
BUENAVISTA Y ANACOS	30 mnt	12.038	VEHICULO AUTOMOTOR
CAPITA Y VILLABONA	60 mnt	14.751	VEHICULO AUTOMOTOR
GUAMOS Y LADERAS	1 hora½	36.430	VEHICULO AUTOMOTOR
GACIO Y GALAPAL	15 mnt	10.415	VEHICULO AUTOMOTOR
GUAYACAN Y PEÑA	15 mnt	11.970	VEHICULO AUTOMOTOR
PALMICHAL (ALTO Y BAJO)	20-30 mnt	22.096	VEHICULO AUTOMOTOR

PÁRAMO	60 mnt	17.320	VEHICULO AUTOMOTOR
POTRERO GRANDE	20 mnt	12.598	VEHICULO AUTOMOTOR
RESGUARDO DE BLANCOS	10mnt	17.650	VEHICULO AUTOMOTOR
RESGUARDO DE INDIGENAS	20 mnt	11.895	VEHICULO AUTOMOTOR
TUMECHICO	30 mnt	10.139	VEHICULO AUTOMOTOR
TUMEGRANDE	40 mnt	9.456	VEHICULO AUTOMOTOR
SANTABARBARA	50 mnt	7.800	VEHICULO AUTOMOTOR
SANTO DOMINGO	60 mnt	11.784	VEHICULO AUTOMOTOR

Fuente: Oficina De Planeación Municipal

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2012

Municipio	**Tiempo de traslado entre el municipio y su municipio vecino***	**Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino***	**Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino***	**Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino***	
				Horas	Minutos
CHITARAQUE	GAMBITA SANTANDER	27.222	VEHICULO AUTOMOTOR	1h	5MNT
CHITARAQUE	SAN JOSE DE PARE	3.838	VEHICULO AUTOMOTOR		35MNT
CHITARAQUE	TOGUI	18.453	VEHICULO AUTOMOTOR	1 h	

CHITARAQUE	SANTANA	8.697	VEHICULO AUTOMOTOR		20MN
CHITARAQUE	SUAITA SANTANDER	5.104	VEHICULO AUTOMOTOR		40 MNT

Fuente: oficina de planeación municipal

Mapa4. Vías de comunicación del municipio de Chitaraque, 2012

FUENTE: Google Maps

1.2 Contexto demográfico

Población total

En el año 2005 el total de la población fue de 6558 habitantes observamos que va disminuyendo en comparación al año 2012 población 5450 habitantes en el municipio de CHITARAQUE.

Población por área de residencia urbano/rural

Se evidencia que la mayor parte de la población se encuentra ubicada en la zona rural con un 81,19% mientras que la restante se encuentra en la zona urbana con 18,81%

Tabla 4 .Población por área de residencia del Municipio de Chitaraque2012

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
CHITARAQUE	1127	18,81	4864	81,19	5991	18.81

Fuente: oficina de planeación municipal

Grado de urbanización

El municipio de CHITARAQUE la mayor concentración de la población es del área rural, por lo tanto las acciones por parte de los entes territoriales debe estar encaminadas a brindar acceso de servicios a estas poblaciones. El grado de Urbanización es de 18,81

Número de viviendas

El municipio de Chitaraque cuenta con 1332 familias caracterizadas por el SICAPS sistema de información de base comunitaria, estas se clasifican por familia con vivienda casa o apartamento el 95.52%,, por familia tipo apartamento el 4.39%, por familia con viviendas improvisadas del 0.07%,por familia que tiene casa propia del 61.26% ; En cuanto a las condiciones de vivienda en nuestra población se puede evidenciar que el 64.17% habitan en viviendas donde hay humo, el 48,46% consumen agua de acueducto, el 48,44 consumen agua de pozos y el 1,24% consume agua lluvia donde podemos observar que se necesita intervención en cobertura de acueducto, en cuanto a las familias que reciclan la basura encontramos el 62,36%, con servicios públicos domiciliarios 12,53% y familias donde queman la basura 13% desde este punto de vista se debe intervenir en la buena y adecuada clasificación de las basuras para así evitar la contaminación del medio ambiente

Por otro lado se observa que hay buena cobertura de electricidad con un 87.99%, viviendas con buena iluminación adecuada 88.46% familias con buen tratamiento casero de agua 97.72%y con adecuado manejo y conservación de alimentos 88.98%. Esto muestra que son factores protectores a favor de las familias según lo evidencia la base de datos SICAPS.

Los domicilios del municipio de Chitaraque, que tienen pisos en cemento o gravilla, el 53.98 % en baldosa 45.18% ,pisos en arena o tierra, 0.35% , en cuanto a las viviendas con techos de paja el 0,58% en este tipo de viviendas se debe mitigar ya que es un factor favorece la presencia de triatominos, vector que puede ser transmisor de la enfermedad de Chagas, con techos de barro sin cielorraso 91,37%,viviendas con paredes de bareque el 1.12% viviendas con paredes de ladrillo o bloque el 75%, viviendas con paredes de madera 17.37%, viviendas con paredes con tapia pisada el 8,29% y viviendas con parees de guadua o caña el 2.53%.

Número de hogares

Según información de SICAPS sistema de información de base comunitaria el total de familias identificadas es de un total de 1332 familias, , estas familias se encuentran clasificadas de la siguiente manera: Hogares monoparentales con un 9,13% ,en la mayor parte de los casos el jefe del hogar es la madre o el padre y en ocasiones un adulto mayor quienes son responsables de la economía de su hogar, los domicilios nucleares con un 67%, cuentan con la figura materna y paterna por lo tanto hay lazos más fuertes en la familia tanto

emocionales como económicos y los hogares compuestos con un 5.9%, en estas familias carecen de factores protectores ya que son uniones que podrían causar conflictos., abuso sexual violencia intrafamiliar.

En cuanto las familias que se encuentran en nivel 1 del SISBEN 82.66%, en nivel 2 17.10%y en 3 nivel 0% lo que se puede evidenciar que en el municipio de Chitaraque la mayor parte de la población es de bajos recursos para esto el municipio cuenta con apoyo a los niños, jóvenes y adolescentes con programas como familias en acción, desayunos infantiles, comedores escolares y apoyo a la tercera edad.

Población por pertenencia étnica

En el municipio de Chitaraque el 99.95% de su población no se encuentra en clasifica en ninguna de las anteriores, el 0,03% de su población es del grupo de la etnia negra o afrocolombiano y con un 0,02% de población indígena.

Tabla 5.Población por pertenencia étnica área de residencia del Municipio de CHITARAQUE

Pertenencia étnica	Total por pertenencia étnica	Porcentaje de la población pertenencia étnica
Indígena	1	0,02
Rom (gitana)	0	0,00
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0,00
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	2	0,03
Ninguno de las anteriores	6456	99,95

Fuente: DANE y Cálculos DNP - DDTS 2012

1.2.1 Estructura demográfica

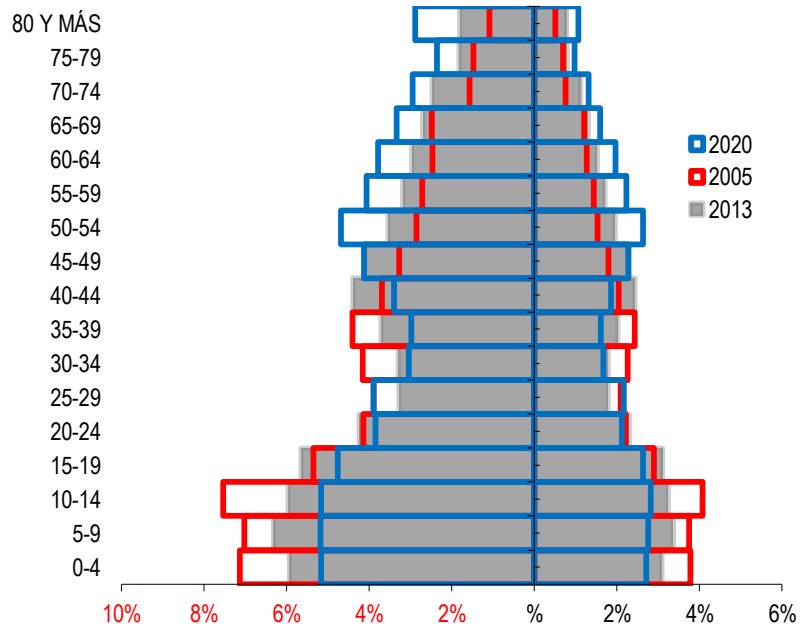
El tamaño de la población del municipio de Chitaraque refleja un aumento de defunciones y nacimientos en el año 2012 comparándolo con el año 2005, entre el año 2005 contábamos con una pirámide poblacional con una base ancha especialmente en las edades jóvenes comprendida entre los 10– 14 años, se observa una disminución de las edades productivas, y una disminución aún más marca en los adultos mayores, con respecto al año 2012 se observa que para este año la base disminuye. Para las edades de 40-79 años, se presenta aun población adolescente temprana mayor que el resto de la población, la población productiva tiene un comportamiento en parte estático con relación al 2005, para el 2020 se proyecta una disminución bastante relevante en la población en las edades productivas y las los adultos mayores por lo tanto se debe trabajar en Promoción y prevención de enfermedades crónicas, hábitos y estilos de vida saludables, para que las enfermedades de alto costo no tengan una alta prevalencia en nuestra población adulta mayor.

Tabla 6. Distribución de la población por grupos de edad y género año 2005. 2012 y 2020 Municipio de Chitaraque

Grupo de edad	Año					
	2005		2012		2020	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	**6.711**	**3.571**	**5.991**	**3.168**	**5.204**	**2.730**
0-4	733	389	543	283	410	215
5-9	722	385	579	308	411	219
10-14	775	418	546	297	410	224
15-19	550	297	518	284	378	209
20-24	426	227	388	211	305	168
25-29	400	215	301	163	309	172
30-34	428	233	302	163	241	133
35-39	453	250	340	185	236	128
40-44	380	210	402	223	269	147
45-49	337	185	376	210	327	181
50-54	293	158	325	179	372	209
55-59	279	148	292	156	322	177
60-64	254	130	272	139	300	156
65-69	255	124	248	120	264	127
70-74	162	77	227	103	234	104
75-79	152	72	167	73	187	77
80 Y MÁS	112	53	165	71	229	84

Fuente: Proyecciones de población DANE 2005- 2020

Figura 1.Pirámide poblacional del municipio de Chitaraque, 2005, 2012, 2020



Fuente: Proyecciones de población DANE 2005- 2020

Población por grupo de edad

La población del municipio de Chitaraque por ciclo vital a través de los años 2005, 2013 y 2020, mostro que en la primera infancia, infancia y adolescencia va en descenso, mientras que en el ciclo de juventud, adultez y persona mayor va en acenso según nos muestra las frecuencias relativas lo que nos lleva a tomar medidas dirigidas a mejorar los estilos de vida saludable la promoción y prevención de la enfermedad con esto evitaremos a largo y corto plazo las enfermedades de alto costo, mientras que observamos que transcurrido el tiempo se están reduciendo los nacimientos y nuestra población adulta aumenta notoriamente.

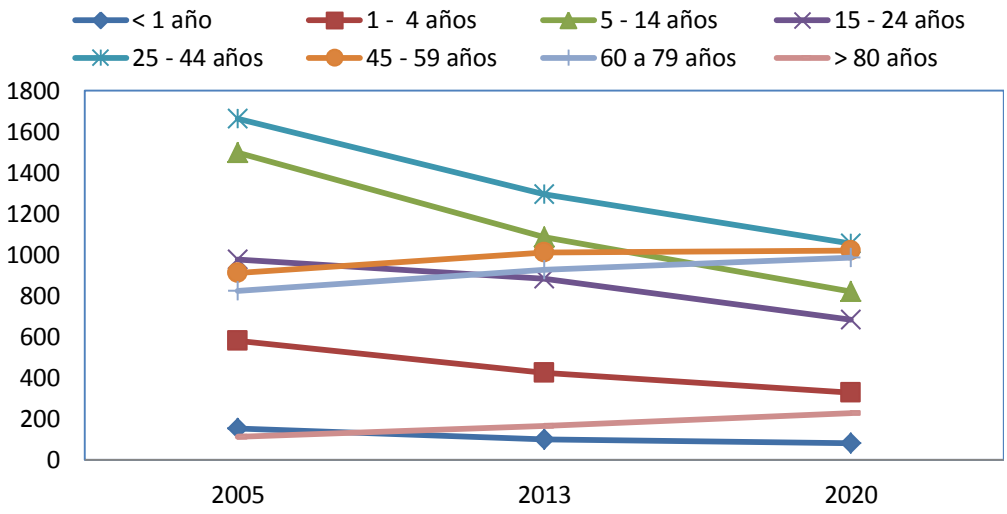
Tabla 7 .Proporción de la población por grupo etario, municipio CHITARAQUE 2005,2012, 2020.

Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	871	11,9	636	10,1	493	7,7
Infancia (6 a 11 años)	902	12,3	659	10,5	494	7,7
Adolescencia (12 a 18 años)	910	12,5	708	11,3	553	8,6
Juventud (14 a 26 años)	1277	17,5	1013	16,1	890	13,9
Adultez (27 a 59 años)	2411	33,0	2177	34,6	1949	30,5
Persona mayor (60 años y más)	935	12,8	1094	17,4	2020	31,6
Total	**7306**	**100**	**6287**	**100**	**6399**	**100**

Fuente: DANE proyecciones poblacionales 2005, 2013 y 2020

Se observa una disminución de la población desde el 2005, hasta el 2020; excepto en los mayores de 80 años, observamos que hay disminución de la población infantil y población productiva; teniendo en cuenta lo anterior se debe fortalecer la promoción y prevención de estilos de vida saludables para lograr impactar en esta población y lograr la disminución en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo teniendo en cuenta que para el año 2020 la población adulto mayor aumentara en relación al 2012.

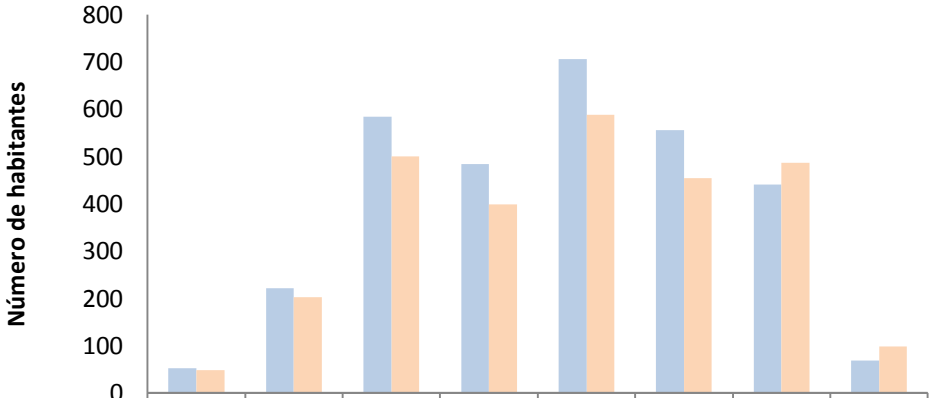
Figura2.Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, CHITARAQUE 2005 y 2013 y 2020



Fuente: DANE proyecciones poblacionales 2005, 2013 y 2020

En el municipio de Chitaraque la Población por sexo y grupo de edad nos muestra que desde los grupos de 1 a 4 años hasta los de 45 a 59 los hombres tiene mayor población, seguido de la población de 60 a 79 hasta mayores de 80 años de edad donde las mujeres son la mayor población,

Figura3Población por sexo y grupo de edad municipio CHITARAQUE, 2012



	> 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 24 años	25 - 44 años	45 - 59 años	60 - 79 años	< 80 años
Hombres	52	221	584	484	706	555	440	69
Mujeres	49	202	500	399	588	454	487	98

Fuente: DANE proyecciones poblacionales 2005, 2013 y 2020

Otros indicadores demográficos

- Relación hombres/mujer: En el año 2005 por cada 188 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2012 por cada 189 hombres, había 100 mujeres

- Razón niños mujer: En el año 2005 por cada 69 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2012 por cada 57 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil.

- Índice de infancia: En el año 2005 de 100 personas, 33 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2012 este grupo poblacional fue de 28 personas.

- Índice de juventud: En el año 2005 de 100 personas, 21 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2012 este grupo poblacional fue de 20 personas.

- Índice de vejez: En el año 2005 de 100 personas, 10 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2012 este grupo poblacional fue de 13 personas.

- Índice de envejecimiento: En el año 2005 de 100 personas, 29 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2012 este grupo poblacional fue de 46 personas.

- Índice demográfico de dependencia: En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 76 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes) , mientras que para el año 2012 este grupo poblacional fue de 69 personas.

- Índice de dependencia infantil: En el año 2005, 58 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2012 fue de 47 personas.

- Índice de dependencia en mayores: En el año 2005, 17 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que para el año 2012 fue de 22 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. Según los resultados indica que la población del municipio continua siendo joven.

Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica CHITARAQUE, 2005, 2012, 2020.

Indicadores	2005	2012	2020
Razón de hombre: mujer	113,7	112,2	110,3
Razón de niños: mujer	24,6	20,6	19,8
Índice de infancia	33,2	27,8	23,6
Índice de Juventud	20,5	20,1	17,3
Índice de vejez	10,1	13,4	17,5
Índice de envejecimiento	28,8	45,4	69,7

Índice demográfico de dependencia	76,6	70,3	70,1
Índice de dependencia infantil	58,6	47,4	40,2
Índice de dependencia de mayores	17,9	22,9	29,8
Índice de Friz	173,9	153,9	149,9

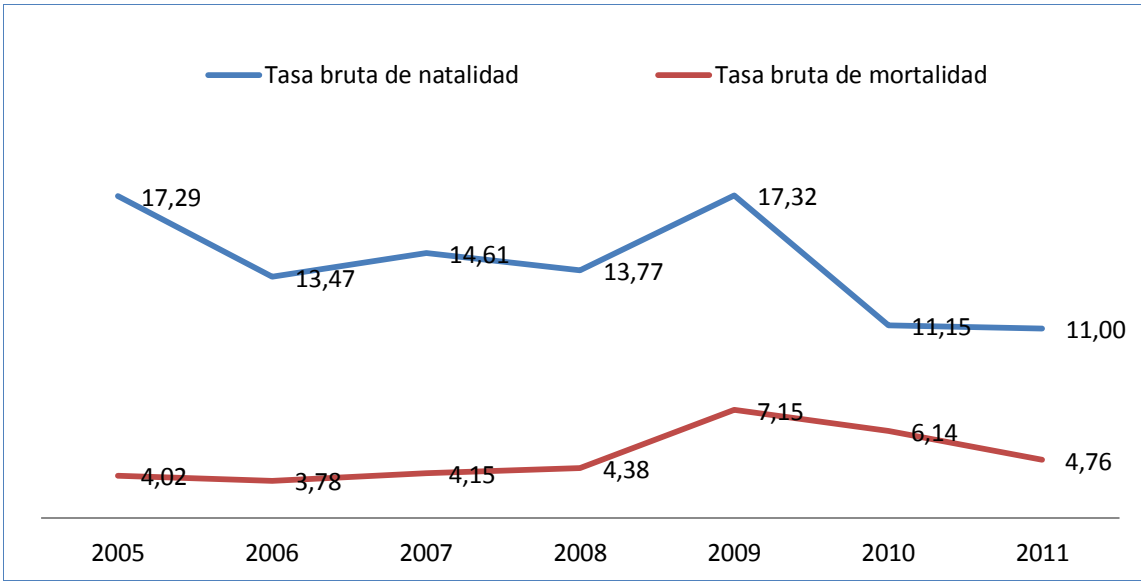
Fuente: DANE proyecciones poblacionales 2005, 2013 y 2020

1.2.2 Dinámica demográfica

Tasa Bruta de Natalidad: esta mide el efecto de la fecundidad sobre el crecimiento de la población relacionando el número de nacimientos con la población total, el municipio de Chitaraque se presentó la tasa más alta en el 2009 con 17.32 nacimientos por cada mil habitantes, seguido del 2005 con 17,29 nacimientos por cada 1000 habitantes y la más baja en año 2011 con 11 nacimientos por cada mil habitantes.

Tasa Bruta de Mortalidad: La tasa de mortalidad nos indica que para los años 2005 a 2008 se ha mantenido estable, con un aumento en el año 2009 de 7,15 el pico más alto durante los años estudiados y está muy por debajo de la tasa de natalidad.

Figura4.Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad Y Mortalidad CHITARAQUE, 2005 Y 2011



Fuente: DANE, Estadísticas vitales 2005 -2011.

Otros indicadores de la dinámica de la población

- **Tasa general de fecundidad - TGF (estimada):** : En el municipio de Chitaraquepara el año 2011 la tasa general de fecundidad es del 55,01 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años.

- **Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 – 2015):** Para el municipio de Chitaraque en el año 2011 la tasa global de fecundidad es de 2,15 nacidos por cada mil mujeres.

- **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años***: La tasa es del 7,8 en el municipio de Chitaraque para el año 2011, lo que nos lleva a realizar y brindar atención a esta población ya que este indicador es muy desfavorable para el municipio; fortalecimiento de los servicios de salud amigable asesoría en planificación familiar , educación sobre abuso sexual y proyecto de vida tanto a las menores como a los cuidadores y responsables de las menores con apoyo de comisaria de familia.

- **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años:** Para el municipio de Chitaraque la tasa específica es 72,6. Lo que nos hace pensar y reflexionar sobre las medidas preventivas para evitar los embarazos en adolescentes.

Tabla 9 .Otros indicadores de la dinámica de la población municipio, CHITARAQUE 2012

Indicador	Valor 2011
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	55,01
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 – 2015)	2,15
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años*	7,8
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años*	72,6

Fuente: DANE, Estadísticas vitales 2005 -2011.

1.2.3 Movilidad forzada

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. En consecuencia, es de interés reconocer este evento en su departamento / distrito / municipio, pero también es necesario identificar las condiciones sociales (enfrentamiento militar, las disputas por la tierra y la usurpación ilegal de predios, los grupos armados), y los efectos sobre el municipio receptor como elevación de índices de pobreza, agudización de los conflictos armados internos, la modificación en las formas de ocupación y prácticas culturales.

El documento ASIS busca acercarse al reconocimiento de la población victimizada desplazada en cuanto a condiciones como edad y sexo. Describa la distribución de la población victimizada de desplazamiento por edad y sexo. Información disponible en archivo en Excel EstadisticasRUV_PobDesplazada201308

El municipio de Chitaraque cuenta con población desplazada con un total 104 personas de entre ellos 54 hombres y mujeres 50, observando por cada ciclo vital la población de 50 a 57 es la de mayor número de personas seguido de 5 a 9, 20 a 29 años, en donde debemos unirnos todos los entes municipales y trabajar mancomunadamente por el futuro y bienestar de esta población.

Tabla 10. Población desplazada por ciclo vital, área de residencia y sexo, municipio, CHITARAQUE 2012

Grupo de edad	No. Mujeres victimizadas de desplazamiento	No. Hombres victimizados de desplazamiento	No. LGBTI victimizados de desplazamiento
0 a 4 años	3	4	
05 a 09 años	10	2	
10 a 14 años	4	4	
15 a 19 años	1	6	
20 a 24 años	7	5	
25 a 29 años	6	6	
30 a 34 años	7	4	
35 a 39 años		5	
40 a 44 años	1	3	
45 a 49 años	1	2	
50 a 54 años		2	
55 a 59 años	8	7	
60 a 64 años		2	
65 a 69 años	1		
70 a 74 años			
75 a 79 años			
80 años o más	1	2	

Fuente: Registro Único de Víctimas con fecha de corte agosto 31/13, Bodega de Datos de SISPRO
LGBTI: Lesbianas, Gais, Bisexuales y personas Transgénero.

Conclusiones

Se observa que del total de la población desplazada el ciclo vital que más cuenta es adultez por lo que hay que encaminar y promocionar programas de promoción y prevención, estilos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, eso no quiere decir que hay que descuidar a la demás población desplazada ya que es un grupo vulnerable que hay que apoyar desde todas las áreas especialmente en los servicios de salud
Conclusiones capítulo I

Se observa que en la caracterización del Municipio de Chitaraque en los contextos territoriales y demográficos se evidencia que para el año 2012 la población se encuentra ubicada en la zona rural con un 81,19% mientras que la restante se encuentra en la zona urbana con un 18.81%, en cuanto al número de viviendas por familia encontramos que con vivienda propia se encuentra el 47,17% donde encontramos un sin número de necesidades básicas insatisfechas donde hay que intervenir las viviendas rurales ya que se encuentran en malas condiciones y esto conlleva a unas condiciones inadecuadas para la calidad de vida de la población.

Como es evidente el número de hogares o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas encontramos un 86,45%, allí también muestra que el 21,09% vive en hacinamiento crítico,

Se observa en la pirámide poblacional que las actividades priorizadas están entre la población adolescente para el año 2012 observando que para la proyección 2020 hay una disminución bastante notoria en las edades productivas y los adultos mayores por lo que se deben encaminar las actividades en la promoción y prevención de enfermedades crónicas, hábitos y estilos de vida saludable, con esto disminuiremos la prevalencia de enfermedades de alto costo en nuestra población alta mayor; en cuanto a la población desplazada por siclo vital sigue la adultez donde se reitera las medidas de intervención con esta población sin descuidar la demás población desplazada ya que es un grupo vulnerable donde hay que intervenir y apoyar en todas las áreas especialmente en los servicios de salud

Para el municipio de Chitaraque la población por sexo y edad que más predomina para el año 2012 se encuentra los hombres entre las edades de 25 a 44 seguido de las mujeres de 25 a 44 años de edad, por cada 188 hombres en el año 2005 habían 100 mujeres mientras que en el año 2012 por cada 189 hombre, habían 100 mujeres.

El municipio de Chitaraque cuenta con población desplazada con un total 104 personas de entre ellos 54 hombres y mujeres 50, observando por cada ciclo vital la población de 50 a 57 es la de mayor número de personas seguido de 5 a 9, 20 a 29 años, en donde debemos unirnos todos los entes municipales y trabajar e por el futuro y bienestar de esta población.

Según los datos que se exteriorizan la salud requiere de un método y sus respectivos actores que trabajen mancomunadamente y respondan de manera oportuna a las necesidades de atención de cada una de las personas en particular las más vulnerables por las razones antes mencionadas donde se requiere intervenir positivamente, así mismo las evidencias y los análisis nos pone a pensar en el bienestar, la equidad, la justicia, los logros para reducir mortalidad y la morbilidad siempre y cuando persista la igualdad y la justicia social ya que no se puede lograr donde persista la desventaja social y económica.

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

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

2.1 Análisis de la mortalidad

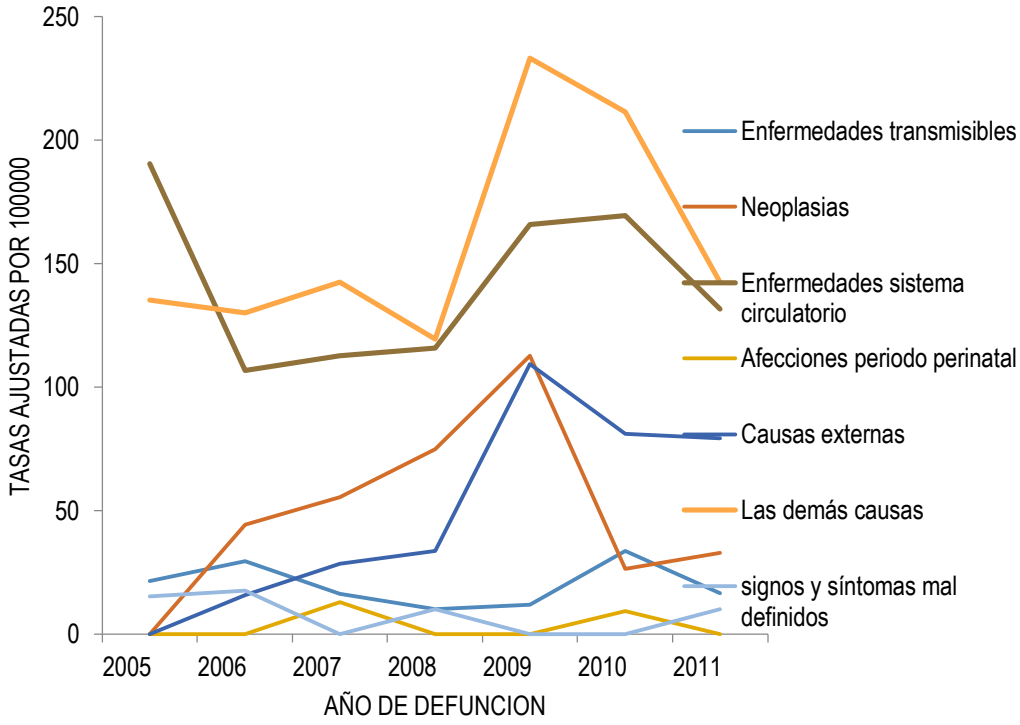
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Ajuste de tasas por edad

Para el análisis de mortalidad se tomaran como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregara por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible (2011) la información ubicada en el portal SISPRO DANE. Teniendo en cuenta los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, dentro del análisis de la mortalidad por grandes causas, se observa que la mortalidad por las

nombradas como demás causas son las que se encuentran de primeras como causantes de la mortalidad general, como segunda causa encontramos las enfermedades del sistema circulatorio seguido de las neoplasias, aunque comparando el año 2005 con el 2011, se observa que se presentó una aumento en el año 2011 pero aún se encuentra en el primer lugar; dentro de las ultimas causas de mortalidad general se encuentran al afecciones perinatales y los signos y síntomas mal definidos.

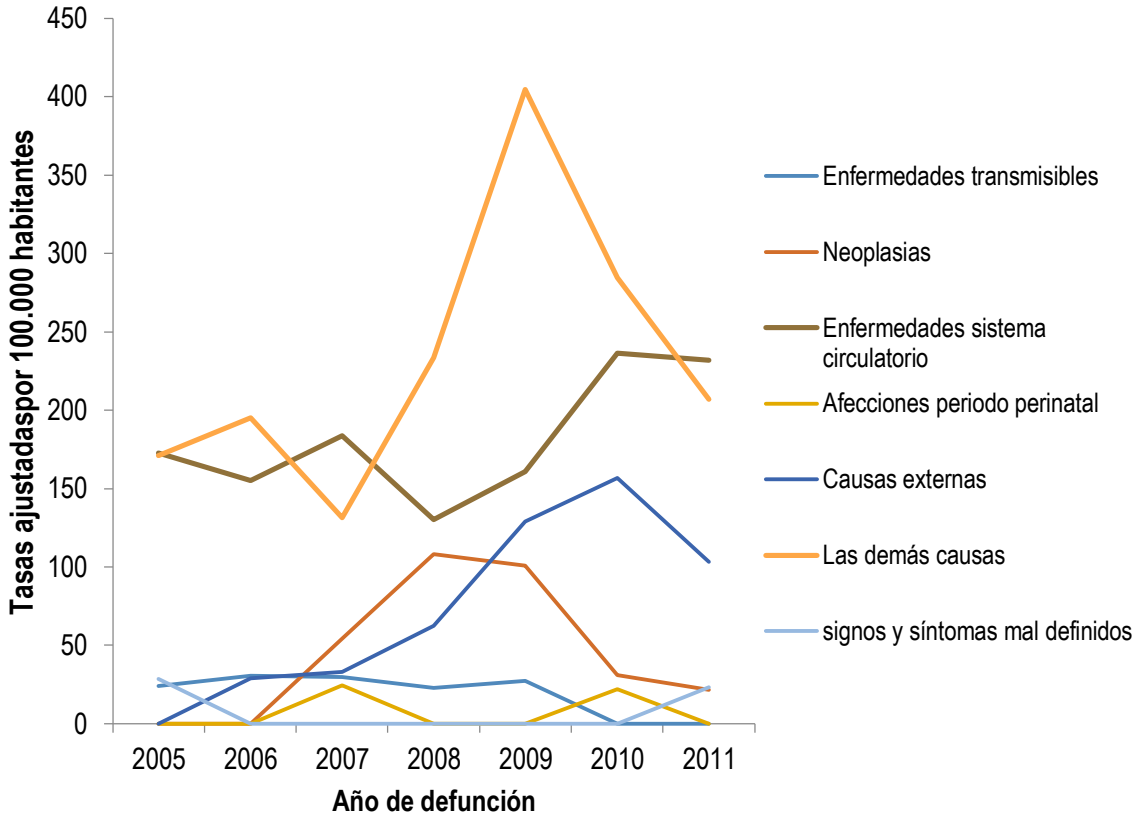
Figura5.Tasa de mortalidad ajustada por edad del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

El comportamiento de la mortalidad general en hombres hasta el año 2009, se observaba que predominaba las denominadas demás causas, pero en el 2010 las enfermedades del sistema circulatorio presentan un aumento que se mantiene solo durante este año las causas externas muestra la misma tendencia entre los años 2005 al 2007 luego muestra un aumento notorio desde el 2008 hasta el 2010 luego vuelve a descender en el año 2011, las neoplasias presentan un aumento notorio en el año teniendo un pico en el 2010, y desde allí empiezan a disminuir hasta quedar en el cuarto lugar en el 2011.

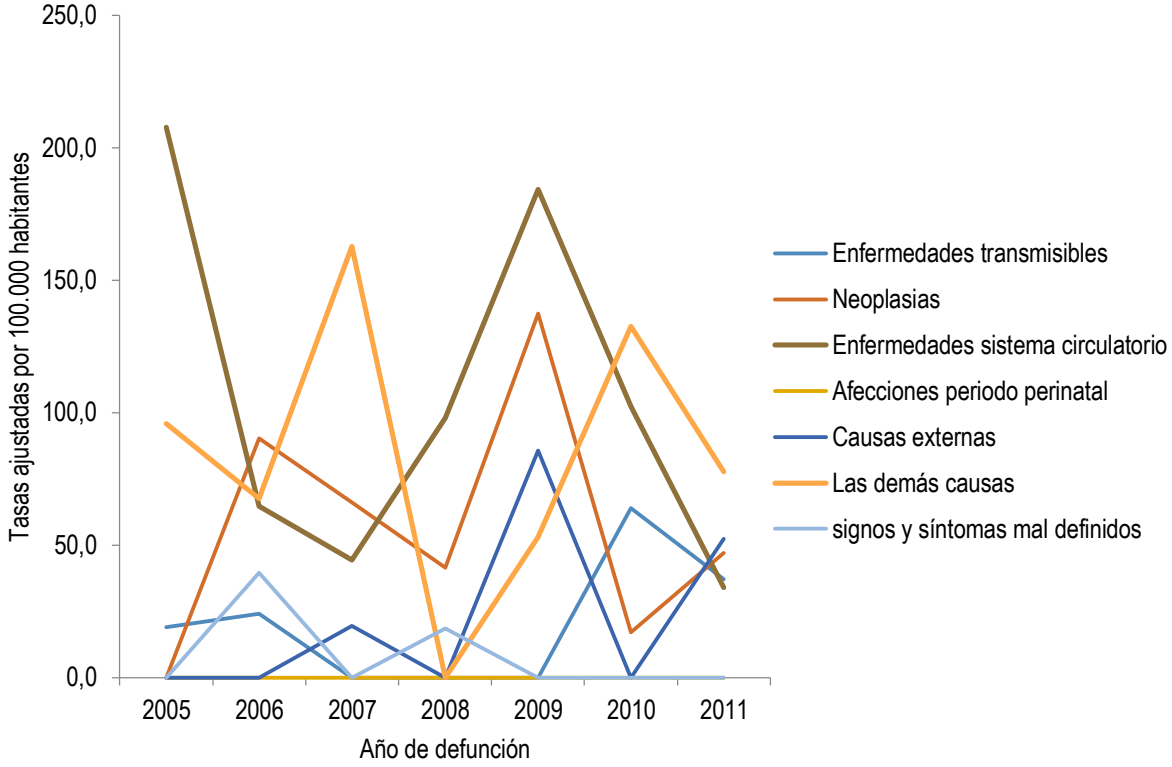
Figura 6.Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

Para el municipio de Chitaraque a diferencia de los hombres con relación a la principal causa de muerte en las mujeres era la enfermedad circulatoria, para el año 2009 se presenta una inversión quedando en segundo lugar y en primer lugar quedaron las enfermedades del sistema circulatorio, estas dos enfermedades durante los siete años presentan una variación tornándose entre primer y segundo lugar, Pero siguen predominando en los dos sexos.

Figura7. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres del municipio CHITARAQUE, 2005 – 2011



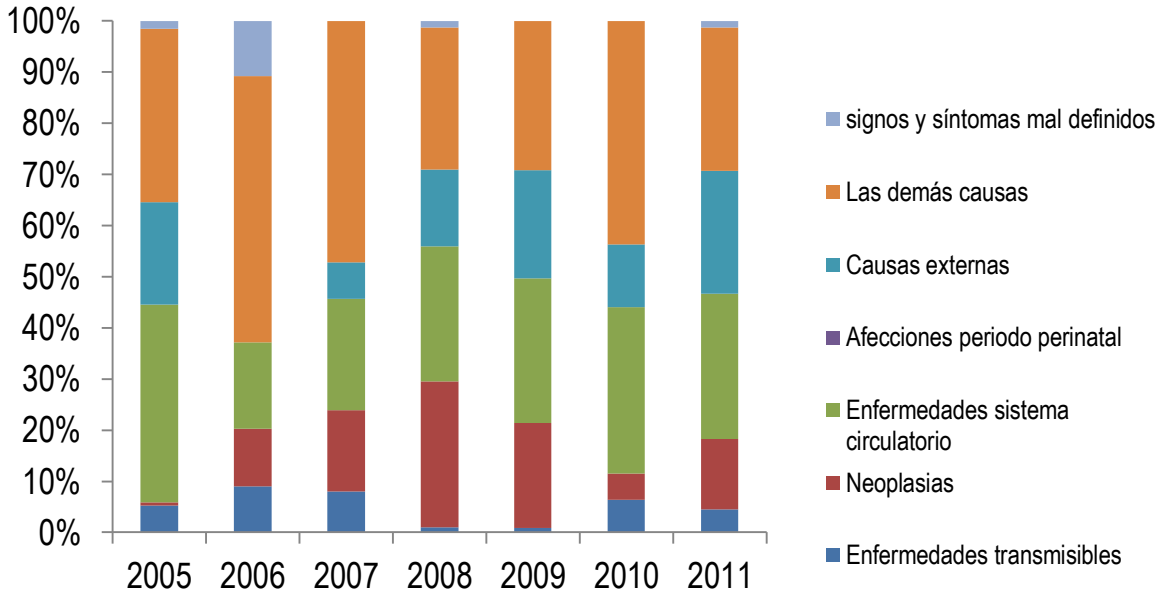
Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Ahora se va analizar la magnitud y tendencia de las tasas AVPP años de vida potencialmente perdida que ha tenido en el municipio de Chitaraque para esto se analizaron los años 2005 a 2011 por sexo y causa de mortalidad. En cada una de estas figuras se analizara las muertes prematuras en nuestra población.

Los años de viva potencialmente perdidos en la población general del municipio de Chitaraque con resultados de mortalidad según causas de acuerdo con la lista 6/67 de la OPS para Colombia, se observa que una de las primeras causas de muerte tanto para hombres y mujeres son las demás causas según la clasificación de los AVPP seguido de las enfermedades del sistema circulatorio son las que más contribuyen a la mortalidad que se registra para los años evaluados el menor número de casos por muerte prematura según el AVPP son las causas externas para las mujeres y para los hombres los signos y síntomas mal definidos. Los años donde más AVPP se presentaron fueron en el año 2009 con 1100 y el año donde menos AVPP se presentaron fue el 2008 con 379, en los años analizados 2005 a 2011 el total de los AVPP fue de 4525.

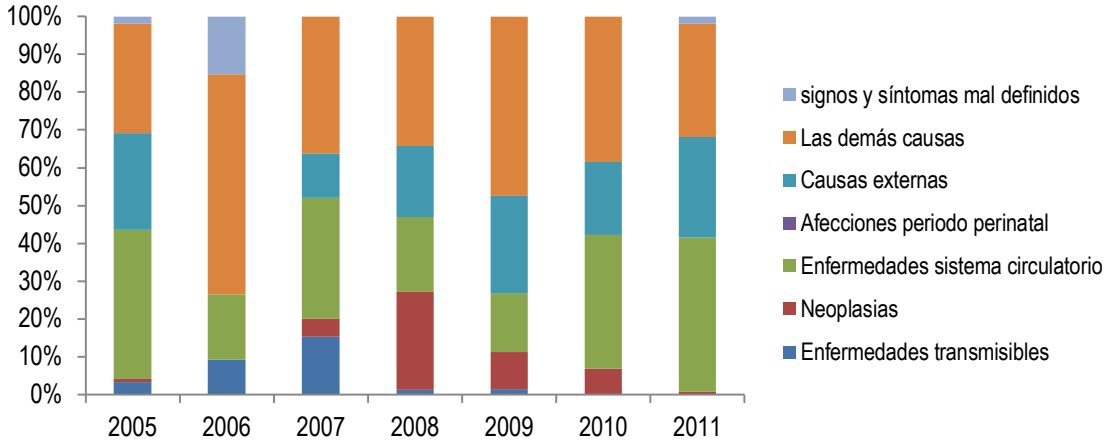
Figura 8.Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS. DANE

Los resultados de los AVPP en el municipio de Chitaraque para los hombres durante los años 2005 a 2011 analizados de acuerdo con la lista 6/67 de la OPS para Colombia, se observa que el mayor número de muertes en los hombres fue en el año 2009 con AVPP 579, 2005 con 473 y 2010 con 423 y en los años donde menos AVPP se presentaron fueron el 2007 con 248 y 2008 con 306 durante los años 2005 al 2011, se puede observar que el total de años de vida perdidos fue de 2896. Por causas de muertes en primer lugar se encuentra las demás causas con 1145, en segundo lugar se encuentra las enfermedades del sistema circulatorio con 823, en tercer lugar están las causas externas, estas son las causas que más le generan años de vida potencialmente perdidos para el municipio.

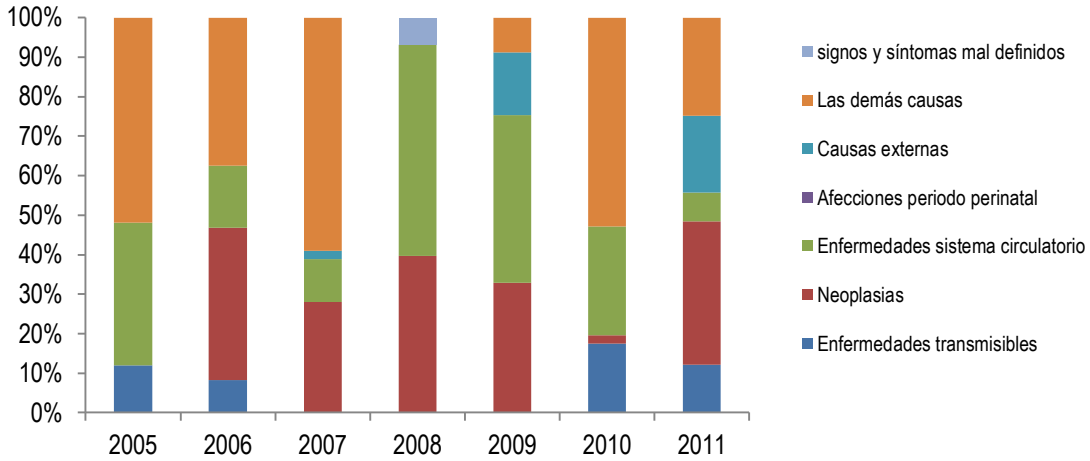
FIGURA 9Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS. DANE

En el municipio de Chitaraque los AVPP en las mujeres durante los años 2005 al 2011 fue de 1619 AVPP; Los años que más AVPP generaron para las mujeres fueron 2009 con 521 AVPP ,seguido de 2011 con 262 AVPP y 2009 con 240 AVPP y los años donde menos AVPP se presentaron fueron en el 2008 con 73 AVPP y 2005 con 133 AVPP; Una de las primeras causas de muerte prematura en las mujeres es ocasionada según nos muestra la figura por las demás causas con 506, en segundo lugar se encuentra las enfermedades del sistema circulatorio con 445 AVPP en tercer lugar se encuentran las neoplasias con 430 AVPP.

FIGURA 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



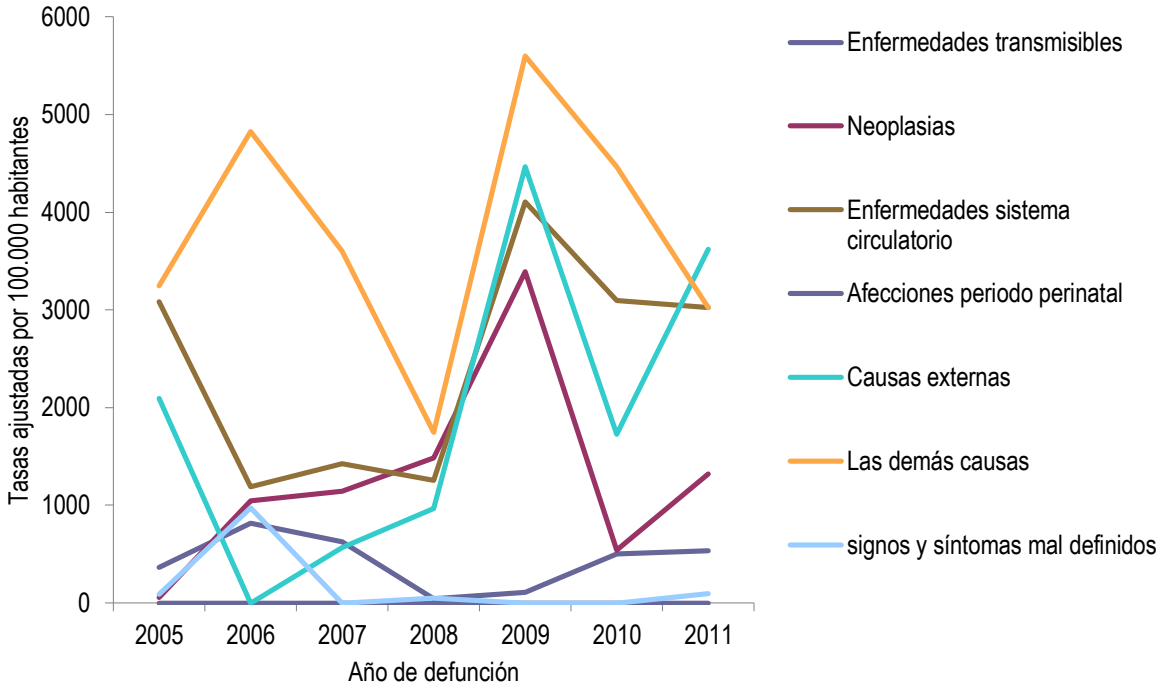
Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS. DANE

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Las Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Chitaraque, 2005 – 2011 se analiza que la mortalidad por AVPP que más se presentó el período evaluado con mayor puntuación fue las demás causas, segundo en segundo lugar se encuentra las causas externas y en tercer lugar se posiciona las enfermedades del sistema circulatorio. En los años que más se presentaron tasas altas fue en el año 2009 con 5597,2muertes por cada 100.000 hombres y mujeres las demás causas seguido del año 2006 con 4824,5 las demás causas, en el año 2009 con 4464,2 muertes por cada 100.000 hombres y mujeres causas externas; en cuanto a causas por afecciones del periodo perinatal la tasa es o no se presentaron casos.

.

FIGURA 11. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de CHITARAQUE 2005 – 2011

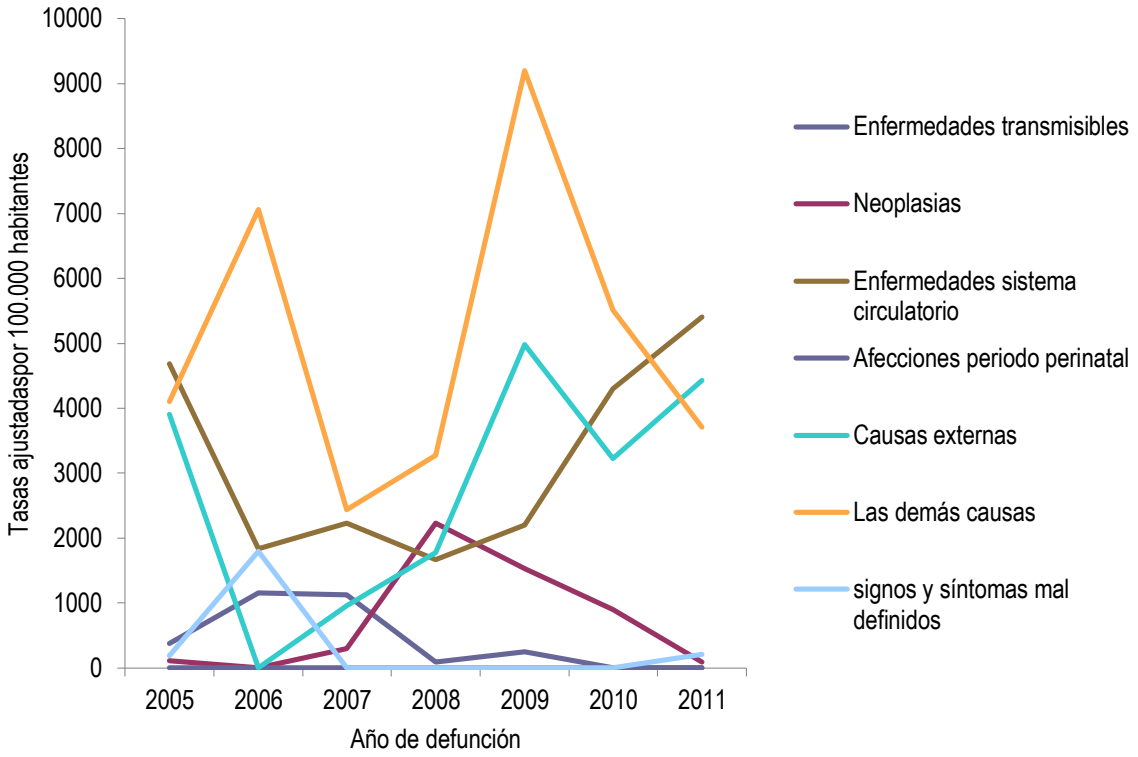


Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

Como nos muestra la figura se compararon las tasas de AVPP ajustadas para hombres en los años 2005 a 2011, donde se observó que la primera causa de mortalidad por AVPP se encuentra las demás causas con 9204,1 muertes por cada 100.000 hombres estos ocurridos en el año 2009; La segunda tasa más alta son las enfermedades del sistema circulatorio, con 5403,1 muertes por cada 100.000 hombres en el año 2011. La tercera tasa más alta son las causas externas con 4984,2 muertes por cada 100.000 hombres en el año 2009; En donde menos se presentaron tasas de AVPP ajustadas fue en el año 2005 con 190,0 muertes por cada 100.000 hombres.

FIGURA 12.Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Chitaraque, 2005 – 2011

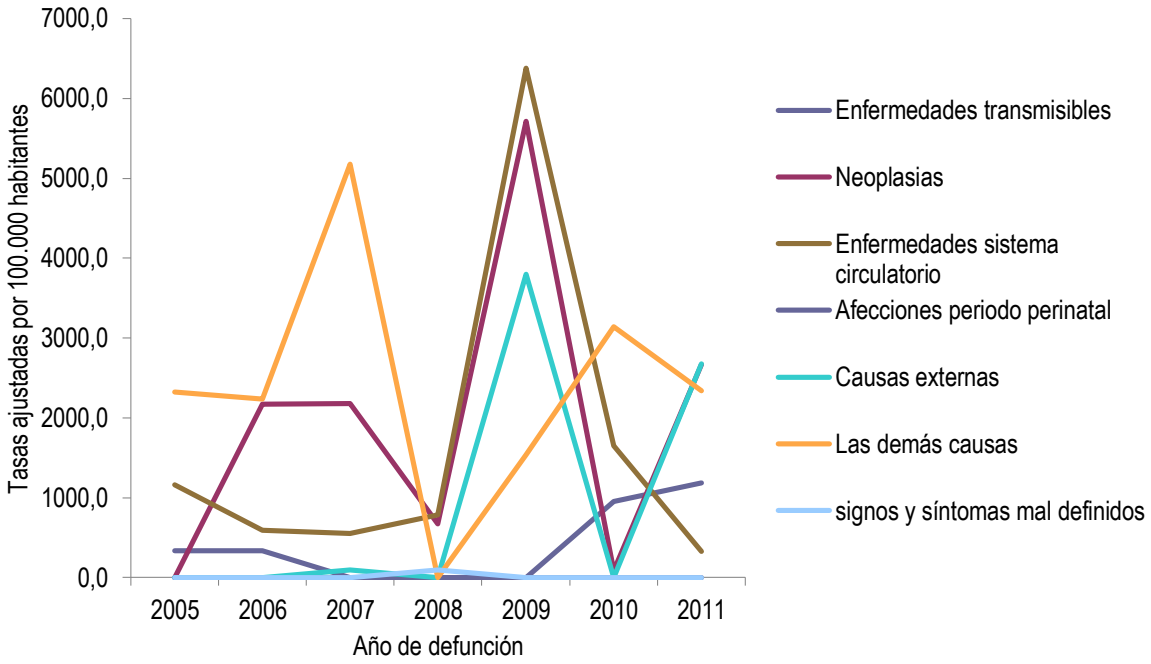


Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Como nos muestra la figura se compararon las tasas de AVPP ajustadas para las mujeres del municipio de Chitaraque en los años 2005 a 2011, donde se evidencia que la primera causa de mortalidad por AVPP se encuentra las enfermedades del sistema con 6377,0 muertes por cada 100.000 mujeres estos ocurridos en el año 2009; La segunda tasa más alta son las neoplasias con 5712,5 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2009. La tercera tasa más alta son demás causas con 5179,4 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2007;

En donde menos se presentaron tasas de AVPP AJUSTADAS fue en el año 2007 con 98,1muertes por cada 100.000 mujeres

FIGURA 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres del municipio de Chitaraque, 2005 – 2011



Fuente: Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

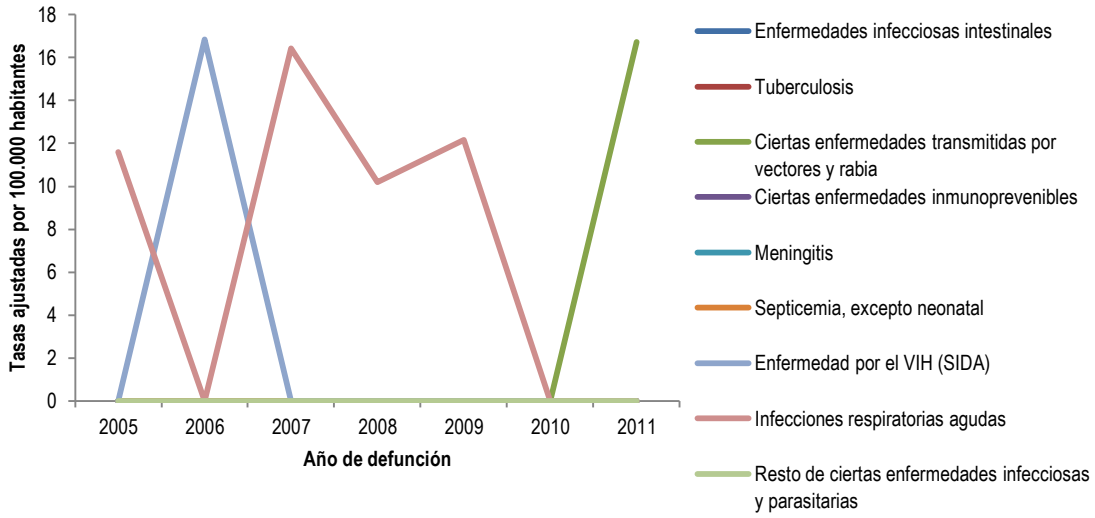
2.1.2 Mortalidad especifica por subgrupo

Tasas ajustadas por la edad

Enfermedades transmisibles

La infecciones intestinales es la principal causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades transmisibles, con un pico máximo en el 2005 y el 2007, para el año 2011 se presenta una disminución notoria pasando a estar en el segundo lugar; seguido a esto las infecciones respiratorias agudas muestra un pico notorio en los años 2006 -2008, para los años 2009 -2011 , en el 2010 se muestra un aumento del resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se observa una disminución, ciertas enfermedades transmitidas por vectores, ciertas enfermedades inmunoprevenibles, enfermedad por VIH no presentan ninguna tendencia entre los años 2005 -2011 lo que nos demuestra que no se presentaron estas enfermedades.

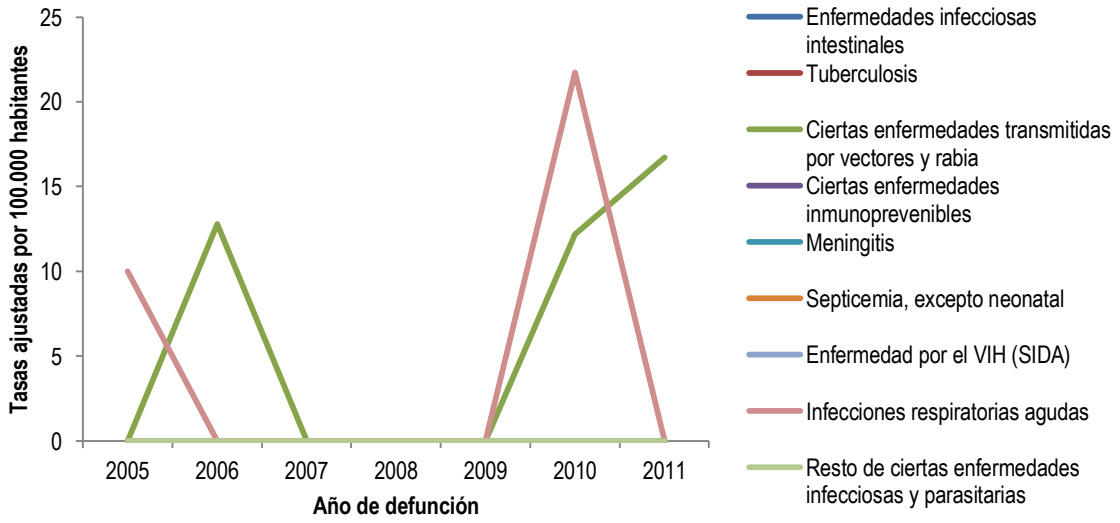
FIGURA 14.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

A diferencia de los hombres en primer lugar se encuentra la morbilidad por infecciones respiratorias agudas con un pico notorio entre los años 2009-2011 seguidos a esto en el año 2005 -2007 se encuentra un aumento en el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 2008 -2011 se mantiene y no vuelve a presentar este evento.

FIGURA 15.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

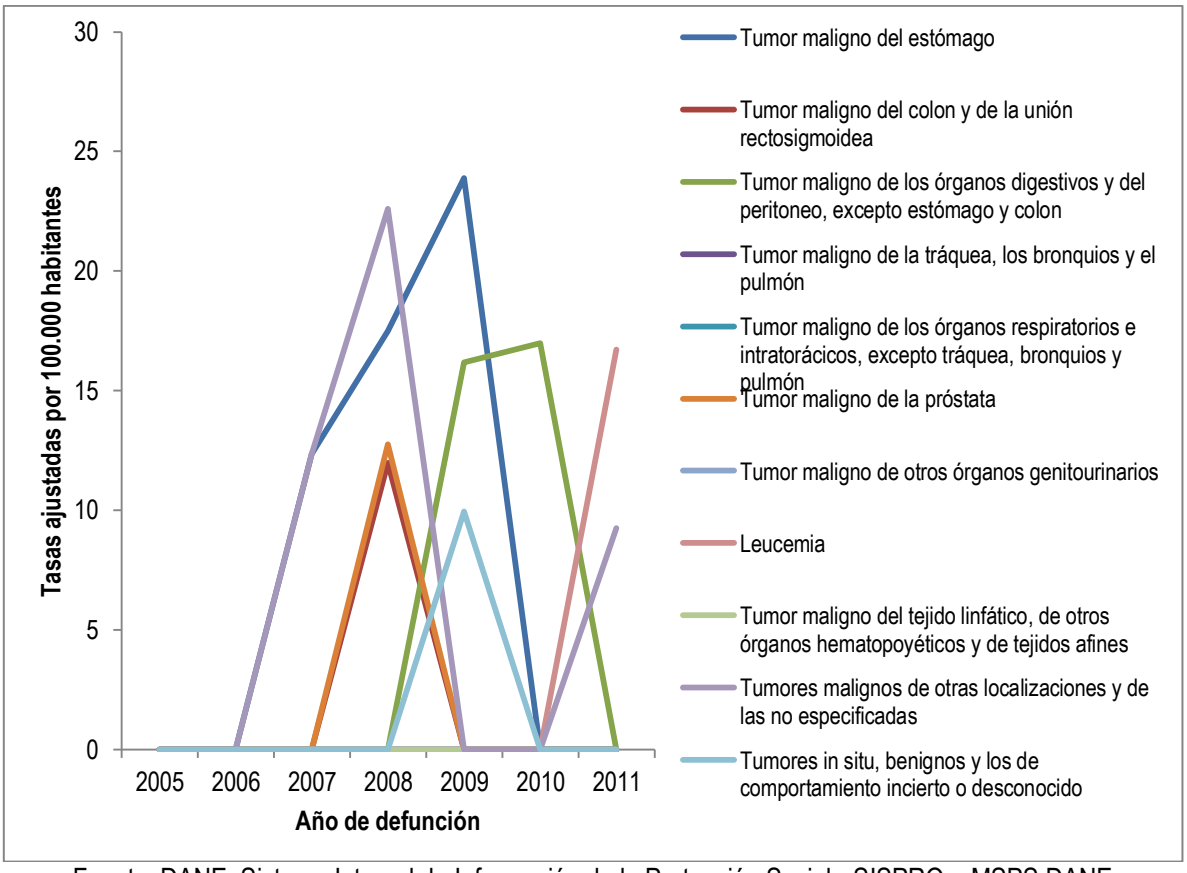


Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Neoplasias

El tumor maligno de estómago muestra un pico elevado para el año 2009, con un descenso notorio para el 2010 ocupando el primer lugar, el tumor maligno de tráquea, bronquios y el pulmón se encuentra en la segunda causa observando para el año 2008 un pico significante presentando disminución para el año 2009 no obstante en el año 2010 se vuelve a presentar pero no es muy significante con respecto a los años anteriores, en cuanto al tumor maligno de órganos digestivos y el del peritoneo, excepto estomago encontramos que en el 2008 se muestra como la 3 causa se mantiene hasta el 2010 y desciende en el 2011.y por último el tumor maligno de colon se encuentra notoriamente entre los años 2007-2009 ubicándolo en la última causa de morbilidad en los hombres.

FIGURA 16.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

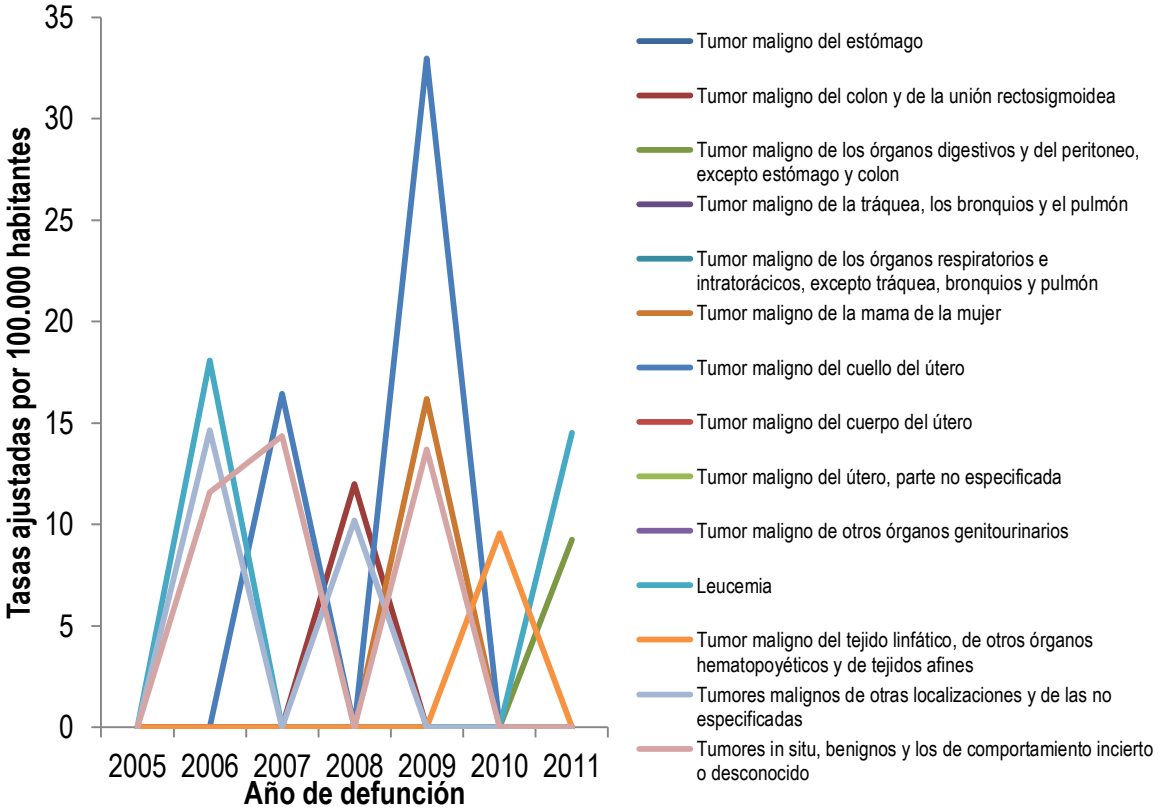


Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Posicionándose en primer lugar de mortalidad en mujeres el tumor maligno de cuello de útero con un 32.98 en el año 2009, del 2006 al 2007 se evidencia la presencia de este caso nuevamente, en la segunda causa de mortalidad con un 18,08 se encuentran la leucemia en el año 2006 hasta el 2011 se vuelve a presentan por la misma causa, en el año 2009 encontramos como tercer lugar el tumor maligno de mama en la mujer

con un 16,43 en el 2007 se encuentra con un 14,36 la mortalidad en tumores malignos de otra localizaciones y de las no específicas y con un 10,20 para el año 2009, Para los años de 2005 a 2007 se observa que las tasas de mortalidad por neoplasias eran altas, para los años 2010 y 2011 se presenta una disminución de las tasas de mortalidad por neoplasias.

FIGURA 17.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

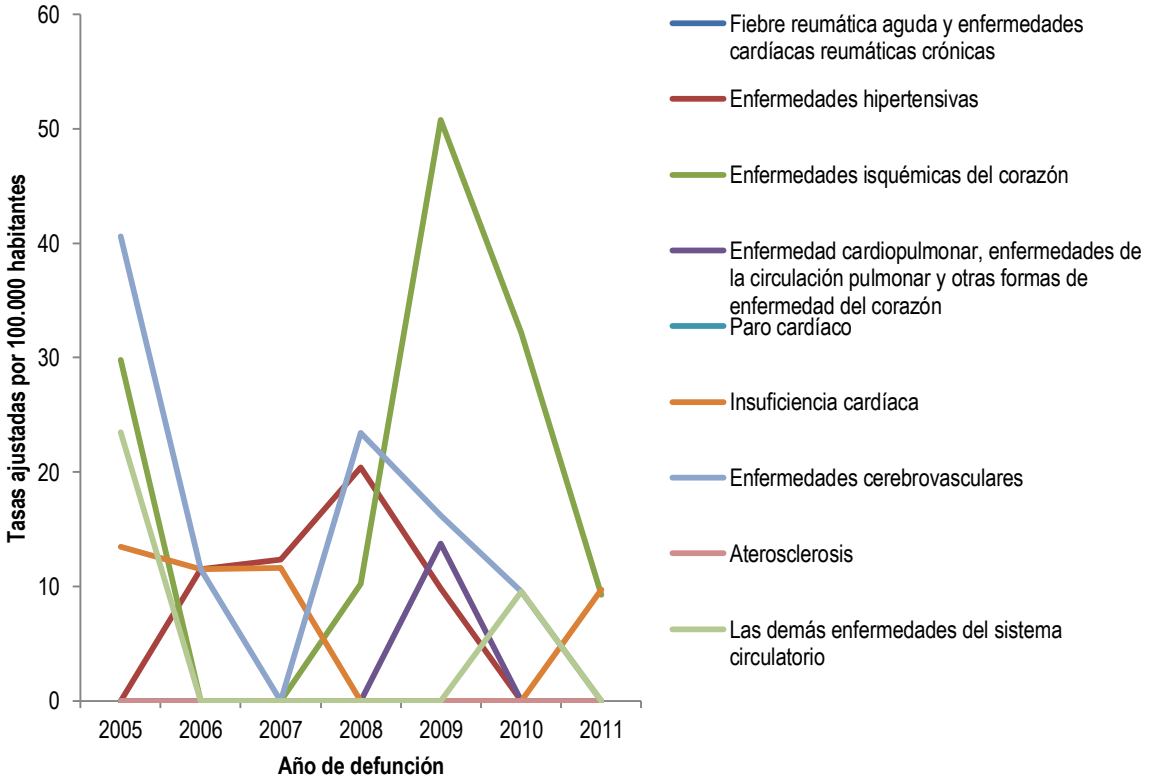


Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Enfermedades del sistema circulatorio

La tasa de mortalidad por enfermedad circulatoria, tiene su más alta tasa con las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 50, 80 que se encuentra en el primer lugar en el rango del 2007 – 2010, para las 2006 Y 2010 enfermedades cardiovascular pasa a estar en el primer lugar con una tasa de 40,60. Las enfermedades hipertensivas comenzaron a tener un aumento en el año 2005, del año 2006 a 2009 se inicia una disminución notoria hasta el año 2007 tiene un pico en el 2010 e inicia un descenso para el 2011 lo que podría llevar a pensar que la hipertensión como enfermedad crónica ha tenido un aumento en el diagnóstico oportuno y una posible adherencia del tratamiento lo cual disminuye las complicaciones y mortalidades por la enfermedad.

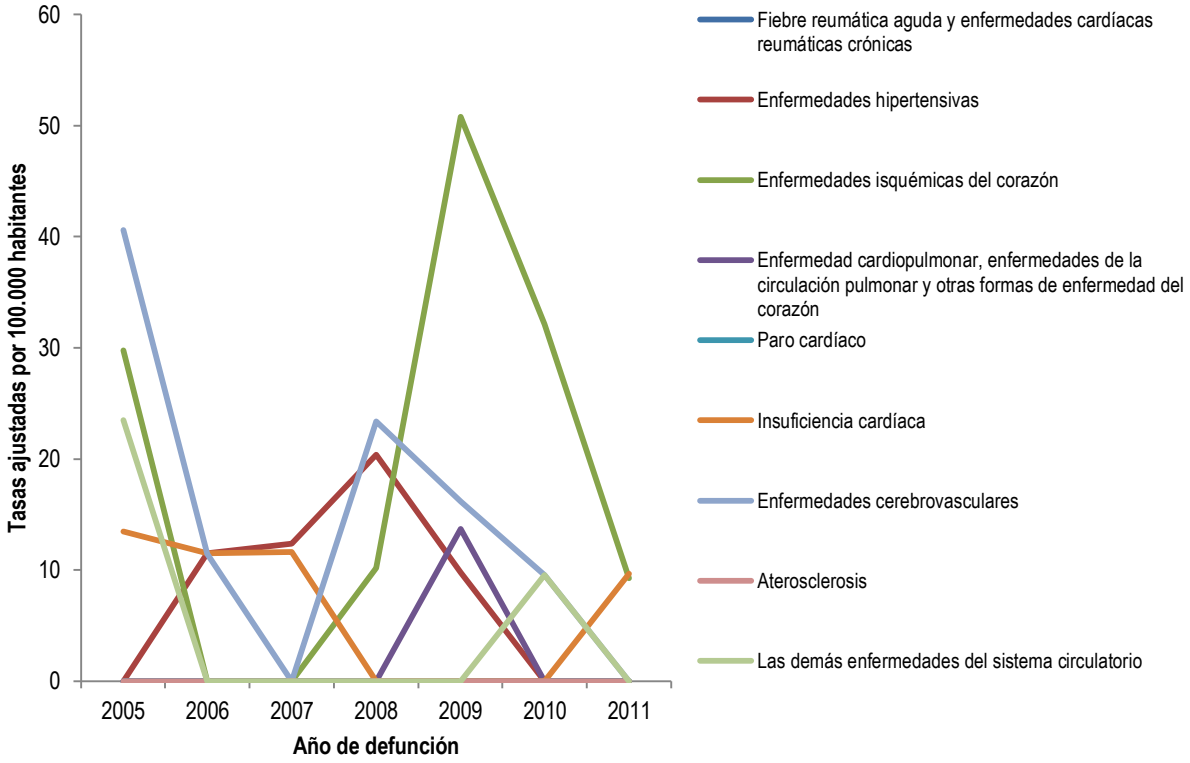
FIGURA 18.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

En las mujeres con una tasa de 50 muertes por cada 100000 mujeres la enfermedad isquémica del corazón se posiciona en la primera causa de mortalidad en el año 2009 de la misma manera para los años 2011 con una tasa de 32 muertes por cada 100000 mujeres, seguido a esto en el año 2005 con una tasa de 40 muertes por cada 100000 mujeres se encuentra las enfermedades cardiovasculares hasta el 2010 con una tasa de 9 muertes por cada 100000 mujeres donde se demarca la disminución de esta enfermedad, la enfermedad hipertensiva nos muestra que la tendencia de descenso va desde el 2005 hasta el 2010.

FIGURA 19.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

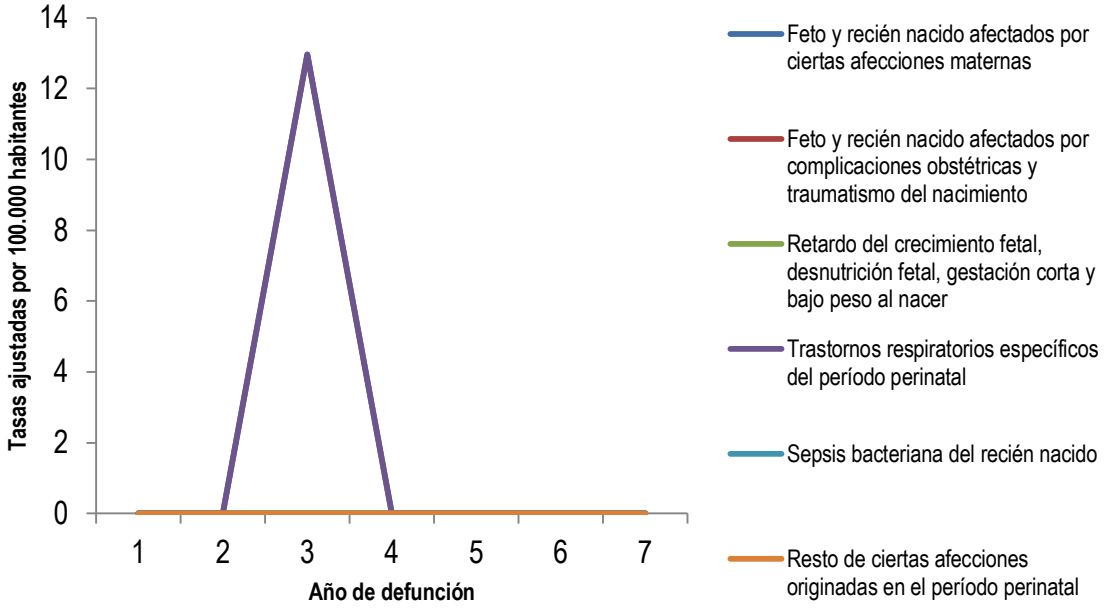


Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

La mortalidad en el periodo perinatal se encontró que la mortalidad ocurrió por el trastorno respiratorio que ha presentado pico únicamente en el año 2007 con 13 muertes por cada 100000 hombres, no se evidenciaron en los años comprendidos entre el 2005 y el 2011 las demás causas.

FIGURA 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

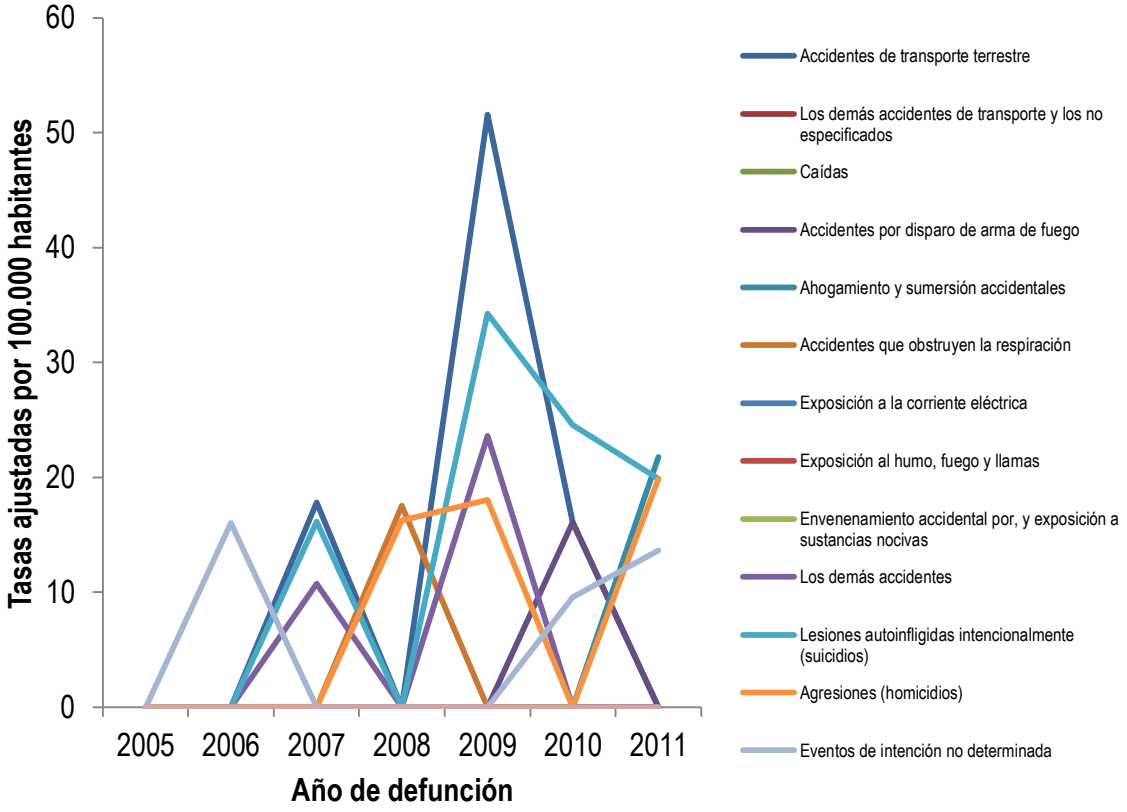


Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Causas externas

La tasa más alta según nos muestra la figura 21 son los accidentes de trasporte terrestre en el año 2009, seguido de los suicidios en el mismo año, con 24,55 muertes por cada 100.000 hombres del municipio. Asimismo se presentaron tasas ajustadas de mortalidad por las subcausas de los demás accidentes con 23,60 muertes por cada 100.000 hombres en el año 2010, Eventos de intención no determinada 16,03 muertes por cada 100.000 hombres del municipio en el año 2006, accidentes que obstruyen la respiración 17,50 muertes por cada 100.000 hombres en el año 2008 y accidentes por disparo de fuego 16,07 muertes por cada 100.000 hombres del municipio.

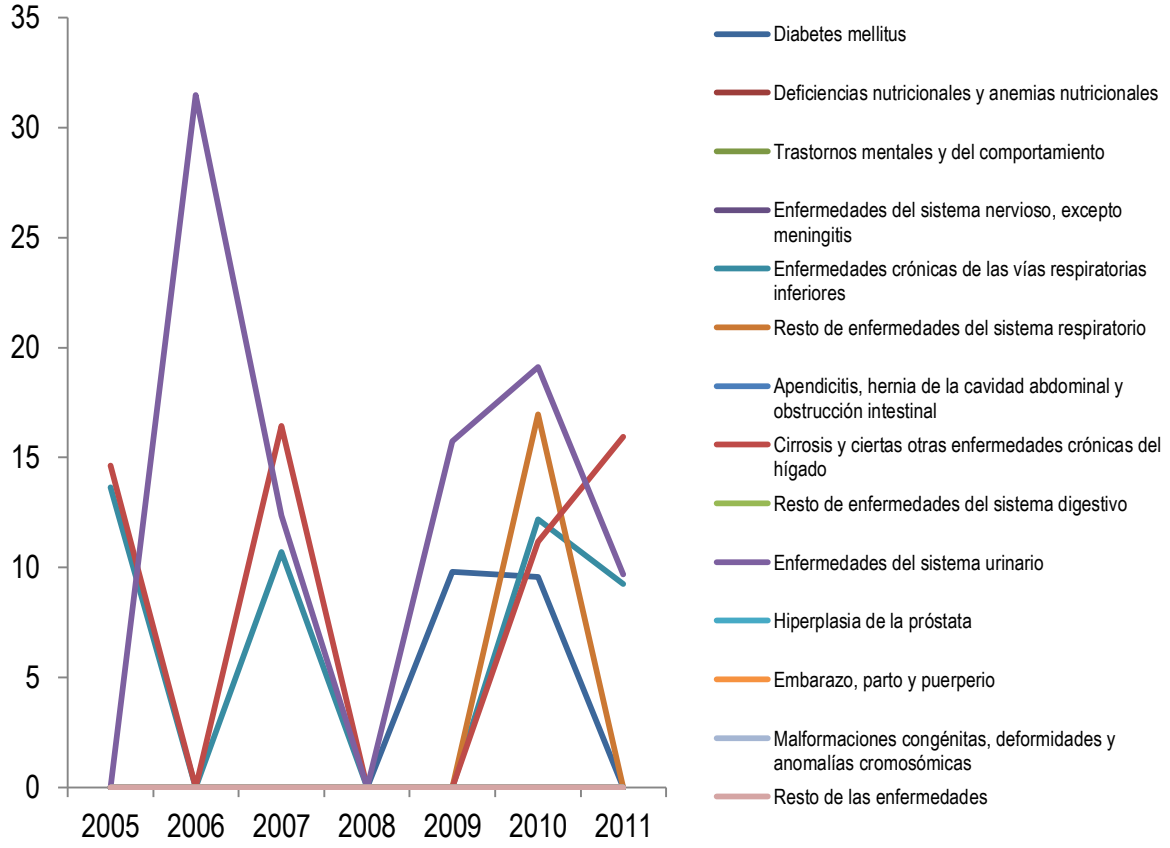
FIGURA 21.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

Las tasas de mortalidad ajustada para las causas externas en mujeres, la tasa más alta fue en el año 2006 enfermedades del sistema urinario con una tasa de 31,49 muertes por cada 100.000 mujeres; igualmente se presentaron tasas de mortalidad por cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas con una tasa 16,43 por cada 100.000 mujeres, resto de enfermedades del sistema respiratorio con una tasa de 16,96 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2010, enfermedades crónicas del sistema respiratorio con una tasa de 10,70 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2007 y diabetes mellitus con una tasa de 9,80 muertes por cada 100.000 mujeres del municipio en el año 2009.

FIGURA 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011



Fuente: DANE. Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS DANE

2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizara 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

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se realizará estimando los casos de mortalidad para el municipio, además la tabla estará desagregada por las muertes ocurridas en niños y niñas de acuerdo a la lista de tabulación de las 67 causa, que se agrupa en 67 subgrupos.

Se observa que el número de muertes en la infancia y niñez como primer causas encontramos las enfermedades del sistema respiratorio en menores de un año ocurridos en los años 2005 y 2009, en el año 2005 se evidencia un caso de síndrome respiratorio agudo grave, seguido de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en este mismo grupo de edad ocurrido en el año 2009.

Como se observa en la tabla el número de muertes ocurrieron en el año 2005 en menores de 1 año por otras afecciones respiratorias agudas en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio. En los demás años no se presentaron casos.

Tabla 11. Número de muertes en la infancia y niñez, según la lista de las 67causas municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Tumores (neoplasias) C00-D48	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0

sistema nervioso (G00-G98)	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H93)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	1	0	0	0	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	1	0	0
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Menores de 5 años	0	0	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	1	0	0	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	1	0	0

Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) (U04)	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

Las muertes en la infancia y niñez para el municipio de Chitaraque, por enfermedades del sistema respiratorio durante los años 2005 a 2011, en esta se puede evidenciar que se presentaron 2 muertes en el 2005 y 1 en el 2009 en menor de un año por enfermedades del sistema respiratorio.

Tabla 12. Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	**Grupos de edad**	**No. muertes 2005**	**No. muertes 2006**	**No. muertes 2007**	**No. muertes 2008**	**No. muertes 2009**	**No. muertes 2010**	**No. muertes 2011**
Neumonía (J12-J18)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0

	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Otras infecciones respiratorias agudas (J00-J11, J20-J22)	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	1	0	0	0	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	1	0	0

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

En el análisis de este cuadro observamos que en los años comprendidos 2005, 2006,2008,2009,2010 y 2011 no se presentaron eventos se puede observar que para el año 2007 se muestra un caso por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y el caso se encuentra clasificado en resto de afecciones perinatales.

Tabla 13. Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	**Grupos de edad**	**No. muertes 2005**	**No. muertes 2006**	**No. muertes 2007**	**No. muertes 2008**	**No. muertes 2009**	**No. muertes 2010**	**No. muertes 2011**
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Trastornos relacionados con la duración de la gestación	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0

y el crecimiento fetal (P05-P08)								
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (P20-P21)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve (P38)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)	Menores de 1 año	0	0	1	0	0	0	0

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

Se muestra en el cuadro anterior que un caso por malformaciones congénitas del en el año 2009 se clasifica en el subgrupo de otras malformaciones congénitas del sistema nervioso, para los años 2005,2006, 2007,2008, 2010 y 2011 no se presentaron casos

Tabla 14. Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, municipio CHITARAQUE, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Hidrocéfalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	0	0	0	0	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	1	0	0
Malformaciones congénitas del corazón (Q20-Q24)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0

	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

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

Se analiza comportamiento de cada indicador a partir del año 2005 hasta el año 2011.

Amarillo: Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional.

Rojo: Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

Verde: Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

↘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

El municipio de Chitaraque durante los años 2005 a 2011 no se presentaron muertes maternas, ni Mortalidad por enfermedad diarreica aguda –EDA, ni mortalidad por desnutrición crónica. A continuación se analizarán las tendencias de las muertes que si se presentaron teniendo como comparativo el departamento.

Tabla 15. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de CHITARAQUE, 2005- 2011

Causa de muerte	BOYACÁ	Chitaraque		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad materna	34,97	0	####	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad neonatal	6,64	0	####	-	↗	↘	↗	↘	-
Tasa de mortalidad infantil	10,9	0	####	-	↗	↘	↗	↘	-
Tasa de mortalidad en la niñez	13,17	0	####	-	↗	↘	↗	↘	-
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	15,57	0	####	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,86	0	####	-	-	-	-	-	-

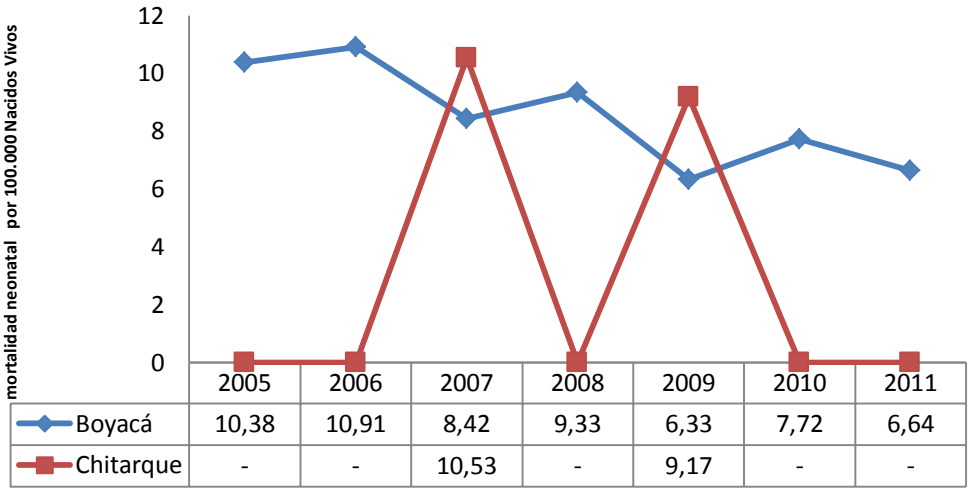
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,03	0	####	-	-	-	-	-	-
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0	0	####	-	-	-	-	-	-

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

Mortalidad Neonatal

El municipio de Chitaraque presentó muertes neonatales en dos de los siete años evaluadas y en estos superó el indicador del departamento, esta condición puede estar relacionada nuevamente por la cantidad de nacidos vivos que tiene el municipio. Es muy importante que se continúe trabajando en captar a las gestantes de manera temprana y se les realice un adecuado seguimiento.

FIGURA 23.Tasa de mortalidad neonatal, municipio de CHITARAQUE, 2005 -2011



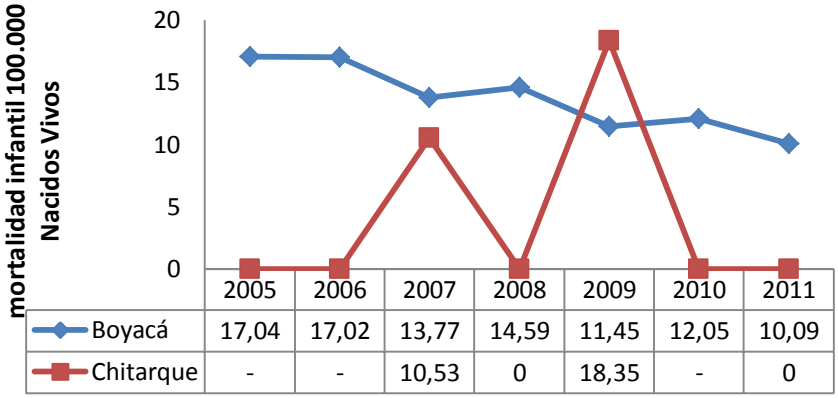
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Boyacá	10,38	10,91	8,42	9,33	6,33	7,72	6,64
Chitarque	-	-	10,53	-	9,17	-	-

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

Mortalidad infantil

La figura 25, indica el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil del municipio y el departamento, en esta se pudo observar que el municipio de Chitaraque presentó muertes infantiles en dos de los siete años analizados, en el 2009 la tasa fue superior a la del departamento; es de vital importancia que el municipio realice acciones encaminadas a evitar que estas muertes sucedan.

FIGURA 24.Tasa de mortalidad infantil, municipio de CHITARAQUE, 2005-2011



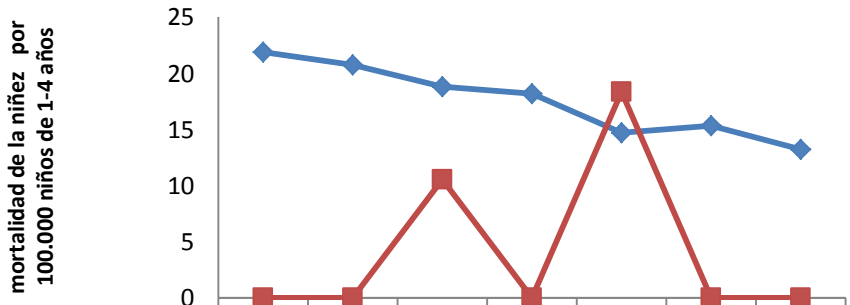
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Boyacá	17,04	17,02	13,77	14,59	11,45	12,05	10,09
Chitarque	-	-	10,53	0	18,35	-	0

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

En la figura 26. Se analiza el comportamiento de la mortalidad en la niñez del municipio frente a la del departamento. En esta se observa que el municipio presento muertes en dos de los siete años estudiados y en el año 2009 se reportó un tasa superior a la del departamento.

Mortalidad en la niñez

FIGURA 25.Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de CHITARAQUE, 2005- 2011



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Boyacá	21,88	20,73	18,76	18,18	14,66	15,32	13,17
Chitarque	-	-	10,53	0	18,35	-	-

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

Tabla 16. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del municipio de CHITARAQUE, 2005 – 2012

Indicadores	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto
Razón de mortalidad materna	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasa de mortalidad neonatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,53	0,00	0,00	0,00	9,17	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,53	0,00	0,00	0,00	18,35	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,53	0,00	0,00	0,00	18,35	0,00	0,00	0,00	0,00
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: DANE, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS.

2.2 Análisis de la morbilidad

Se realizará un análisis de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria, las fuentes información corresponde a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de dato de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivigila, y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en su territorio.

2.2.1 Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se va utilizar 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

Las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad en el ámbito departamental, distrital y municipal por ciclo vital y sexo utilizando la lista adaptada por la Guía ASIS del MSPS, la fuente información a utilizar corresponde a los RIPS.

En la primera infancia se observa que la principal causa de morbilidad son las condiciones transmisibles y nutricionales que han venido presentando han venido presentando una disminución en el transcurso de los años para el 2009 se tenían 170 casos, y para el 2012 155 casos, posiblemente relacionado con el aumento de programas nutricionales, mayor seguimiento a los menores con algún grado de desnutrición u obesidad, y mayor control en las enfermedades transmisibles, aumento en las coberturas de vacunación e inclusión de nuevos biológicos; en segundo lugar se encuentran las enfermedades no transmisibles con 69 casos para el año 2012,aunque se creería que las lesiones en la primera infancia son muy frecuentes estas se encuentran en el cuarto lugar en grandes causas de morbilidad con 15 casos para el 2012, con una disminución en relación al 2009.

En la infancia periodo comprendido entre los 6 y 11 años, la morbilidad en primer lugar se encuentra causada por las enfermedades no prevenibles aunque ha presentado un aumento en el transcurso de los año para el 2009 se tenían 75 casos y para el 2012 se presentaron 365 casos, a diferencia de la primera infancia las condiciones nutricionales y enfermedades transmisibles pasan a estar en segundo lugar, esto nos identifica que la población que más se encuentra en riesgo de padecer enfermedades transmisibles es la población menor de cinco.

En la adolescencia continúan las enfermedades no transmisibles en primer lugar para el 2012 tenemos 455 casos pero las condiciones transmisibles y nutricionales vuelven a tomar gran importancia, teniendo en cuenta que en la población a adolescente nuevamente se empiezan a evidenciar con mayor frecuencia los problemas nutricionales esta vez mas encaminados hacia la obesidad sin descartar que se pueden presentar casos de desnutrición; se observa una alta frecuencia en las condiciones mal clasificadas.

En la juventud las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar con 626 casos para el 2012, las enfermedades mal clasificadas son la segunda causa situación que llama la atención porque lleva a pensar cuál podría ser la causa de la inadecuada clasificación de la sintomatología.

En la adultez y personas mayores la frecuencia de las enfermedades transmisibles tiene un gran aumento para 2005 se presentaron casos, se tiene el máximo pico para el 2012 con 1117 casos, para esta etapa del ciclo vital se presenta un aumento en las enfermedades crónicas HTA y DM

Tabla 17. Principales causas de morbilidad, municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	53,13	57,51	43,01	52,72	9,72

	Condiciones materno perinatales *	0,94	2,07	1,81	0,68	1,13
	Enfermedades no transmisibles	26,56	21,76	38,86	23,47	15,39
	Lesiones	6,88	2,59	3,63	5,10	1,48
	Signos y síntomas mal definidos	12,50	16,06	12,69	18,03	5,33
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	49,81	45,65	25,98	15,29	10,69
	Condiciones materno perinatales *	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	28,74	26,81	49,24	71,37	22,13
	Lesiones	8,81	10,14	8,16	4,51	3,65
	Signos y síntomas mal definidos	12,64	17,39	16,62	8,82	7,79
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,74	26,87	20,27	13,27	7,00
	Condiciones materno perinatales *	4,83	4,48	4,00	1,87	2,13
	Enfermedades no transmisibles	37,17	41,04	51,47	70,58	19,11
	Lesiones	9,29	5,97	8,53	4,08	4,45
	Signos y síntomas mal definidos	18,96	21,64	15,73	10,20	5,53

Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,51	18,89	14,86	10,65	4,21
	Condiciones materno perinatales *	11,35	4,89	5,71	3,14	2,57
	Enfermedades no transmisibles	44,44	50,49	60,66	70,18	9,52
	Lesiones	6,38	6,51	5,86	5,27	0,59
	Signos y síntomas mal definidos	16,31	19,22	12,91	10,76	2,15
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,46	14,22	14,45	11,45	3,00
	Condiciones materno perinatales *	2,53	2,28	1,32	0,68	0,64
	Enfermedades no transmisibles	53,02	60,74	63,01	69,51	6,49
	Lesiones	10,55	6,69	7,54	5,35	2,19
	Signos y síntomas mal definidos	17,44	16,07	13,68	13,01	0,67
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,86	12,03	14,67	10,33	4,34
	Enfermedades no transmisibles	63,11	69,30	62,36	70,57	8,21
	Lesiones	6,15	6,01	8,11	5,51	2,60
	Signos y síntomas mal definidos	14,89	12,66	14,86	13,60	1,27

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

Principales causas de morbilidad en hombres

Se observa en la gráfica que las principales causas de morbilidad en los hombres por ciclo vital en la primera infancia las condiciones trasmisibles y nutricionales ocupan el primer lugar, seguido de las enfermedades no trasmisibles sin embargo las condiciones mal clasificadas van en aumento desde el año 2009 17 casos al 2012 27 casos; el análisis demuestra que los hombres que más consultan son los del grupo de 27- 59 años seguido del mayor de 60 años.

En la infancia las principales causas de morbilidad en los hombres se encuentran las enfermedades no trasmisibles con 175 casos para el año 2012 comparado con el año 2009 que se presentaron 36 casos donde se observa un aumento notorio, en segundo lugar se encuentra las condiciones trasmisibles y nutricionales con 58 casos en el año 2009 observando una disminución hasta el año 2012 con 34 casos.

Tabla 17. Principales causas de morbilidad en hombres, municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	56,46	56,25	44,02	53,25	9,23
	Condiciones materno perinatales *	0,68	0,00	1,91	1,30	0,62
	Enfermedades no transmisibles	25,85	20,83	36,36	20,78	15,58
	Lesiones	5,44	4,17	3,35	7,14	3,79
	Signos y síntomas mal definidos	11,56	18,75	14,35	17,53	3,18
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	50,00	42,86	26,81	14,11	12,70
	Enfermedades no transmisibles	31,03	28,57	52,17	72,61	20,44
	Lesiones	10,34	14,29	9,42	5,39	4,03
	Signos y síntomas mal definidos	8,62	14,29	11,59	7,88	3,71

Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	28,71	28,99	16,33	12,80	3,52
	Enfermedades no transmisibles	39,60	37,68	58,16	74,39	16,23
	Lesiones	12,87	8,70	12,76	5,54	7,22
	Signos y síntomas mal definidos	18,81	24,64	12,76	7,27	5,49
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,00	18,09	13,11	9,97	3,13
	Enfermedades no transmisibles	45,00	44,68	62,92	74,02	11,09
	Lesiones	14,00	12,77	12,73	8,66	4,07
	Signos y síntomas mal definidos	17,00	24,47	11,24	7,35	3,89
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,64	16,41	12,77	7,12	5,65
	Enfermedades no transmisibles	54,79	53,91	65,33	76,12	10,79
	Lesiones	18,77	12,50	11,50	6,98	4,51
	Signos y síntomas mal definidos	13,79	17,19	10,40	9,78	0,62
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,06	11,04	15,92	9,82	6,09
	Enfermedades no transmisibles	62,77	69,48	60,00	70,88	10,88
	Lesiones	7,30	7,79	10,61	5,61	5,00
	Signos y síntomas mal definidos	13,87	11,69	13,47	13,68	0,21

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

Principales causas de morbilidad en mujeres

Al analizar la tabla por cada uno se los ciclos vitales en las mujeres se evidencia que la población de o a 5 años se enferma más de condiciones trasmisibles y nutricionales con 87 casos en el 2009, disminuyendo para el año 2012 con 73, para la población de 6 a 11 años se encuentra en la primera posición para el año 2012 las enfermedades no transmisibles sin embargo se muestra que para los años anteriores no tienen ninguna inclinación relevante ya que para el 2009 se presentaron 39 casos, en los adolescentes que se comprende entre las edades de 12 a 18 años se observa que las enfermedades no trasmisibles llevan la delantera con 240 para el año 2012, la población de 14 a 26 al igual que la población de 27 a 59 años y mayores de 60 años muestra todos los años un gar número de casos significativos donde lo clasifican como primer lugar.

Tabla 18. Principales causas de morbilidad en mujeres, municipio de Chitaraque2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	50,29	58,76	41,81	52,14	10,33
	Condiciones materno perinatales *	1,16	4,12	1,69	0,00	1,69
	Enfermedades no transmisibles	27,17	22,68	41,81	26,43	15,38
	Lesiones	8,09	1,03	3,95	2,86	1,10
	Signos y síntomas mal definidos	13,29	13,40	10,73	18,57	7,84
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	49,66	48,53	25,39	16,36	9,03
	Condiciones materno perinatales *	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	26,90	25,00	47,15	70,26	23,11
	Lesiones	7,59	5,88	7,25	3,72	3,54
	Signos y síntomas mal definidos	15,86	20,59	20,21	9,67	10,54

Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,65	22,54	19,91	12,09	7,82
	Condiciones materno perinatales *	7,56	8,45	6,79	3,24	3,54
	Enfermedades no transmisibles	37,21	49,30	54,75	70,80	16,05
	Lesiones	6,98	2,82	3,17	2,36	0,81
	Signos y síntomas mal definidos	18,60	16,90	15,38	11,50	3,88
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,74	19,25	16,04	11,15	4,89
	Condiciones materno perinatales *	14,86	7,04	9,52	5,48	4,04
	Enfermedades no transmisibles	44,27	53,05	59,15	67,32	8,17
	Lesiones	4,02	3,76	1,25	2,74	1,49
	Signos y síntomas mal definidos	16,10	16,90	14,04	13,31	0,73
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,67	12,98	15,70	14,93	0,77
	Condiciones materno perinatales *	4,00	3,58	2,30	1,23	1,07
	Enfermedades no transmisibles	52,00	64,65	61,30	64,20	2,90
	Lesiones	5,78	3,36	4,60	4,04	0,56
	Signos y síntomas mal definidos	19,56	15,44	16,10	15,60	0,50

Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,70	12,96	13,55	10,81	2,74
	Enfermedades no transmisibles	63,37	69,14	64,47	70,27	5,80
	Lesiones	5,23	4,32	5,86	5,41	0,46
	Signos y síntomas mal definidos	15,70	13,58	16,12	13,51	2,60

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

2.2.2Morbilidad especifica por subgrupo

El grupo de edad de 0 a 5 años que más consulta por enfermedades no trasmisibles clasificándola en los diferentes subgrupos son las enfermedades respiratorias seguido de las condiciones orales con un cambio de puntos porcentuales para el año 2011, 2012 28,3, las enfermedades digestivas muestran una tendencia similar todos los año 2009- 212 con un cambio porcentual del 10,046

Tabla 18. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0	0,63	0	0,42	-0,42
	Otras neoplasias (D00-D48)	0	0	0	0	0
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0	0	0	0	0
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	0,80	0,63	0,55	1,25	-0,70

	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	3,20	2,53	1,39	0,83	0,55
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	4,80	1,27	3,60	3,75	-0,15
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,80	0,00	0,28	1,25	-0,97
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	43,60	48,73	36,01	45,42	-9,41
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	23,60	25,32	16,62	26,67	-10,05
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,00	2,53	3,88	3,75	0,13
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	10,80	10,76	4,43	12,08	-7,65
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	1,60	0,00	1,11	1,25	-0,14
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	3,20	5,70	2,49	2,08	0,41
	Condiciones orales (K00-K14)	1,60	1,90	29,64	1,25	28,39

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

Dentro de las primeras cinco caudas el grupo de edad de 6 a 11 años que más consulta por enfermedades no trasmisibles clasificándola en los diferentes subgrupos son las enfermedades respiratorias con un cambio porcentual para el año 2011,2012 de 11,57 seguido de las enfermedades de los órganos de los sentidos con un cambio porcentual de 7,21 para los 2011, 2012, en tercer lugar se posicionan las condiciones psiquiátricas con un cambio de puntos porcentuales de 3,17 según años 2011, 2012.

Tabla 20. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la infancia municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,46	0,00	0,00	0,00	0,00
	Otras neoplasias (D00-D48)	0	0,00	0,00	0,22	-0,22
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	0,73	4,23	0,87	0,00	0,87
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	4,38	2,82	5,19	2,02	3,18
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,03	9,86	11,26	4,04	7,22
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,46	1,41	1,73	0,00	1,73
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	46,72	49,30	21,21	9,64	11,57
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,57	7,04	3,90	0,90	3,00

	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	5,84	2,82	3,03	2,02	1,01
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	11,68	9,86	3,90	2,24	1,65
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	5,84	7,04	2,16	0,67	1,49
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,00	4,23	1,30	0,22	1,07
	Condiciones orales (K00-K14)	7,30	1,41	45,45	78,03	-32,57

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

Dentro de las primeras cinco causas el grupo de edad de 12 a 18 años que más consulta por enfermedades no trasmisibles clasificándolas en los siguientes subgrupos son las enfermedades respiratorias seguido de las condiciones neuropsiquiatrías con un cambio de punto porcentual 2011,2012 4,79; en cuanto a otras neoplasias, diabetes mellitus y desordenes endocrinos no ocurrieron enfermedades en este grupo poblacional.

Tabla 191. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0	0	0	0	0
	Otras neoplasias (D00-D48)	0	0	0	0	0
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0	0	0	0	0
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto	2,21	4,35	2,14	0,00	2,14

	D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)					
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	13,24	8,70	5,71	0,92	4,80
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,03	13,04	7,14	2,94	4,20
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	2,21	2,90	0,71	0,55	0,16
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	13,24	8,70	5,71	0,92	4,80
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	12,50	7,25	4,29	2,76	1,53
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	19,12	26,09	6,07	4,60	1,48
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	11,03	13,04	6,43	4,41	2,02
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	11,03	10,14	4,29	4,41	-0,13
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,47	1,45	0,00	0,18	-0,18
	Condiciones orales (K00-K14)	2,94	4,35	57,50	78,31	-20,81

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

Dentro de las primeras cinco causas el grupo de edad de 14 a 26 años que más consulta por enfermedades no trasmisibles clasificándola en los siguientes subgrupos son las condiciones orales con un cambio de puntos porcentual 19,21 años 2011,2012, seguido de las enfermedades genitourinarias donde se evidencia una proporción en el 2009 de 22,6 disminuyendo significativamente en el 2012 con un proporción del 6,92 y con una porción de punto porcentual de 6,54 para los años 2011 2012,en tercer lugar se encuentran las enfermedades respiratorias con una proporción para el año 2009 de 18,55 a disminuido según proporción año 2012 6,81.

Tabla 20. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,34	1,38	0,00	0,24	-0,24
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,03	0,46	0,00	0,00	0,00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,06	5,50	2,66	0,72	1,94
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	8,59	9,17	4,96	2,51	2,46
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,59	9,17	4,96	2,51	2,46
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	2,41	4,13	0,53	0,72	-0,18
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	18,56	15,60	10,46	6,81	3,65
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,62	7,80	4,61	3,70	0,91

	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	22,68	24,31	13,48	6,93	6,55
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,19	6,42	4,79	4,06	0,73
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	13,06	6,42	5,85	4,66	1,19
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,03	1,38	0,00	0,24	-0,24
	Condiciones orales (K00-K14)	5,84	8,26	47,70	66,91	-19,21

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

Dentro de las primeras cinco causas el grupo de edad de 27 a 59 años que más consulta por enfermedades no trasmisibles clasificándola en los siguientes subgrupos son las condiciones orales con una proporción para el año 2009 del 2,3 para el 2010 1,94, para el 2011 de 27,80 como se evidencia a a venido aumentando y según la proporción de punto porcentual para los años 2011,2012 es del 27,75; seguido de las enfermedades genitourinarias que al contrario de las condiciones orales a venido disminuyendo según año 2009 la proporción se encuentra en 17,7 para el año 2011 la proporción es del 12,23 con punto porcentual año 2011, 2012 del 17,47; en tercer lugar se encuentran los desórdenes endocrinos con una proporción de punto porcentual año 2011, 2012 9,86, seguido de las enfermedades cardiovasculares .

Tabla 21. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,48	0,49	0,62	0,32
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,28	0,65	0,85	0,32
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,32	0,32	0,39	0,21

	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	10,0	9,7	9,2	9,9
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	7,7	6,5	4,3	2,4
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,7	6,3	3,6	1,3
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,7	15,5	10,6	8,5
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	10,8	8,1	7,8	11,7
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,6	12,3	7,0	5,4
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	17,7	18,3	12,2	17,5
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,5	5,5	3,0	4,4
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	17,5	13,8	12,5	10,4
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,2	0,6	0,1	0,1
	Condiciones orales (K00-K14)	2,4	1,9	27,8	27,8

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO – MSPS

Dentro de las primeras cinco causas el grupo de edad de las personas mayores de 60 años que más consulta por enfermedades no trasmisibles clasificándola en los siguientes subgrupos son las enfermedades digestivas con una proporción de 10,52 para el año 2009 y ha presentado una disminución comparado al año 2011 proporción de 3,42 en segundo lugar se encuentra las enfermedades musculo esqueléticas con cambio punto porcentual año 2011,2012 del 4,85 comparando este evento en el año 2009 la proporción fue del 15,49 y en el 2011 fue del 8,55 donde se evidencia la disminución a medida del tiempo, en tercer lugar se clasifican las enfermedades genitourinaria con una proporción del 3,6 seguido de los desórdenes endocrinos una proporción de cambio porcentual del3,52.

Tabla 22. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años municipio de CHITARAQUE 2009 – 2012

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Persona mayor (> 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,29	0,87	0,70	0,29	0,41
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,88	2,33	0,52	0,14	0,38
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,22	2,91	3,48	2,57	0,92
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,89	5,81	7,67	4,14	3,53
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	3,80	3,78	3,14	1,71	1,42
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,89	5,52	8,01	7,56	0,45
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	30,41	35,47	31,71	31,67	0,04

	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,97	8,43	6,27	3,99	2,28
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	10,53	9,59	8,54	3,42	5,11
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,06	11,05	7,32	3,71	3,61
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	3,51	5,52	3,14	2,00	1,14
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	15,50	7,56	13,41	8,56	4,86
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,00	0,29	0,52	0,00	0,52
	Condiciones orales (K00-K14)	2,05	0,87	5,57	30,24	-24,67

Fuente: RIPS, Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO - MSPS

2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

El municipio de Chitaraque realizará estimación de los siguientes indicadores de la incidencia de VIH notificada; la incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años notificada, la fuentes de información para el primer indicador anteriormente en listado será la cuenta de alto costo y para los restantes índices la fuente de información corresponde al Sivigila. En cuanto a estos indicadores el municipio no presento casos durante el oeriodo de tiempo estudiado.

Tabla 23. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del municipio de CHITARAQUE, 2008-2011

Evento de alto costo	BOYACÁ	CHITARQUE					
				2009	2010	2011	2012
Incidencia de VIH notificada	6,3	0	####	-	-	-	-

Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada *100.000 Menores de 15 años	0,2	0	####	-	-	-	-
Incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años	1,7	0	####	-	-	-	-

Fuente: Sivigila 2007 -2011

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Análisis de la letalidad por eventos de interés en salud pública que se hayan presentado en el municipio de CHITARAQUE

.

Evento de Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV

Las Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV, se va estimar las tasas de letalidad para los siguientes indicadores

- Letalidad por chagas
- Letalidad por dengue grave
- Letalidad por leishmaniasis
- Letalidad por leishmaniasis cutánea
- Letalidad por leishmaniasis mucosa
- Letalidad por leishmaniasis visceral
- Letalidad por malaria
- Letalidad por malaria falciparum
- Letalidad por malaria malariae
- Letalidad por malaria vivax

Eventos Inmunoprevenibles

Se estimaran las razones de letalidad de eventos inmunoprevenibles

- Letalidad por difteria
- Letalidad por eventos supuestamente atribuidos a inmunización
- Letalidad por fiebre paratifoidea
- Letalidad por parálisis flácida
- Letalidad por parotiditis
- Letalidad por rubeola
- Letalidad por sarampión
- Letalidad por tosferina
- Letalidad por EDA
- Letalidad por rotavirus
- Letalidad por IRAG
- Letalidad por síndrome de rubeola congénita
- Letalidad por tétanos accidental
- Letalidad por tétanos neonatal
- Letalidad por varicela
- Letalidad por fiebre amarilla

Eventos asociados a factores de riesgo ambiental

Se calcularan la tasas de letalidad de los factores de riesgo ambiental

- Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas)

Eventos por micobacterias

- Letalidad por tuberculosis
- Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar
- Letalidad por tuberculosis pulmonar
- Letalidad por meningitis tuberculosa

Eventos de zoonosis

- Letalidad por rabia humana
- Letalidad por accidente ofídico

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

- Letalidad por sífilis congénita
- Letalidad por hepatitis B

Otros eventos de interés en salud pública

- Letalidad por hipotiroidismo congénito
- Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos

- Letalidad por enfermedades transmitidas por alimentos
- Letalidad por hepatitis A
- Letalidad por cólera

- Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae - Hi
- Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis - Nm

- Letalidad por leptospirosis

Según muestra la semaforización de los eventos de notificación obligatoria se cuenta con la referencia del departamento, la referencia del municipio se encuentra en ceros ya que en el periodo de análisis no se presentaron eventos de letalidad por lo tanto no se puede tener un punto de comparación dentro de municipio y departamento.

Tabla 26. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria del municipio de CHITARAQUE, 2007-2011

Eventos de Notificación Obligatoria	BOYACÁ	CHITARAQUE							
				2006	2007	2008	2009	2010	2011
Letalidad por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	4,5	0	####	-	-	-	-	-	-
Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas)	0,6	0	####	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis tuberculosa	33,3	0	####	-	-	-	-	-	-
Letalidad por síndrome de rubeola congénita	10	0	####	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tosferina	4,2	0	####	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis	12,8	0	####	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	11,1	0	####	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis pulmonar	13,2	0	####	-	-	-	-	-	-
Tasa de Incidencia de dengue * 100.000 hab.	31,2	0	####	-	-	-	-	-	-
Tasa de Incidencia de dengue grave 100.000 hab.	0,6	0	####	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de Leptospirosis 100.000 hab.	1,6	0	####	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de Chagas 100.000 hab	16,9	0	####	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita 1.000 NV	1,2	0	####	-	-	-	-	-	-

Fuente: Fuente: Sistema devigilancia epidemiologica (SIVIGILA) 2006-2011

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012

Realice una descripción de las personas en condición de discapacidad, detallando el tipo de discapacidad, sexo, grupo de edad quinquenal, etnia, tipo de afiliación en salud, nivel de educación y estrato socioeconómico. Las alteraciones permanentes están organizadas por las siguientes categorías el sistemanervioso; la piel; ninguna; Los ojos; Los oídos; los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); la voz y el habla; el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; la digestión, el metabolismo y las hormonas; el sistema genital y reproductivo y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

Tabla 27. Distribución de las alteraciones permanentes del municipio de CHITARAQUE, 2009-2012

Alteraciones Permanentes	2005	2007	2008	2009	Total General
	Número absoluto	**Número absoluto**	**Número absoluto**	**Número absoluto**	
1 - El sistema nervioso	9			186	**195**
10 - La piel	1			5	**6**
2 - Los ojos	13		2	171	**186**
3 - Los oídos	7		1	89	**97**
4 - Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)				14	**14**
5 - La voz y el habla	11			59	**70**
6 - El sistema cardiorespiratorio y las defensas	8			117	**125**
7 - La digestión, el metabolismo, las hormonas	2			38	**40**
8 - El sistema genital y reproductivo	1			25	**26**
9 - El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	17		2	203	**222**
Total	**34**	**1**	**2**	**338**	**375**

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, Noviembre de 2013

Según la tabla 32 se puede observar que los hombres en edades de 0 a 4 años con alteraciones del sistema nervioso 0 05 a 09 años 0 ,10 a 14 años 3,15 a 19 años, 20 a 24 años 4, 25 a 29 años 3, 30 a 34 años 7, 35 a 39 años 8, 40 a 44 años 7, 45 a 49 años, 750 a 54 años 11, 55 a 59 años 3,60 a 64 años 11 65 a 69 años 11, 70 a 74 años 10, 75 a 79 años 780 años o más 11 para un total de de 103 personas, para las aalteraciones de la piel

Tabla 28. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del municipio 2009 al 2012

Grupo de edad	**El sistema nervioso**	**La piel**	**Los ojos**	**Los oídos**	**Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)**	**La voz y el habla**	**El sistema cardio respiratorio y las**	**La digestión, el metabolismo, las hormonas**	**El sistema genital y reproductivo**	**El movimiento del cuerpo, manos,**	**Ninguna**
	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto
0 a 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05 a 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

años											
10 a 14 años	3		1	1		1	1			3	0
15 a 19 años				1	1	2		1		1	0
20 a 24 años	4	1		3	1	4	1	1		4	0
25 a 29 años	3		2	1	1	3		2		2	0
30 a 34 años	7		2			5	1	2	1	7	0
35 a 39 años	8		2	1	2	1	2	3	1	6	0
40 a 44 años	7		2			4	2	1	1	6	0
45 a 49 años	7		7	1			4	1	1	14	0
50 a 54 años	11		8	4	3	4	6	3	2	10	0
55 a 59 años	3	1	4	2			2		1	6	0
60 a 64 años	11		10	3		2	5	1	1	11	0
65 a 69 años	11		13	10	1	2	10		1	11	0
70 a 74 años	10	1	17	7	2	2	9	3	1	13	0
75 a 79 años	7		7	7		2	8		2	14	0
80 años o más	11		18	11		3	12	2	4	15	0

Fuente:Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

Según la tabla 33 refleja que las mujeres con alteraciones permanentes en los siguientes grupos de edad de 0 a 4 años no se presentan ninguna alteración, el grupo de 5 a 9 años se presentan alteraciones del sistema nervioso, Los ojos, Los oídos y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el grupo de 10 a 14 años se evidencias alteraciones de Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) La voz y el habla La digestión, el metabolismo, las hormonas y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con 9 casos en total, en el grupo de edad que más se encuentra alteraciones es el los mayores de 80 con 76 casos en total; El número de casos según alteración se evidencia de la siguiente forma el sistema nervioso 83 alteraciones, la piel 2 alteraciones , los ojos 78 alteraciones los oídos 37 alteraciones, los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) 3 alteraciones, la voz y el habla 24 alteraciones, el sistema cardio respiratorio y las defensas 54 alteraciones, la digestión, el metabolismo, las hormonas 18 alteraciones, el sistema genital y reproductivo 9 alteraciones El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas 80 alteraciones y ninguna 83.

Tabla 29. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeresdel municipio, 2009 a 2012

Grupo de edad	El sistema nervioso	La piel	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	La voz y el habla	El sistema cardio respiratorio y las	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos,	Ninguna
	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto
0 a 4 años											
05 a 09 años	1		1			1				1	1
10 a 14 años	2	1	1			2		1		1	2
15 a 19 años	1		1			1				2	1
20 a 24 años	3		1			3		1		2	3
25 a 29 años	7		2	1		3				4	7
30 a 34 años	4		3			1	3	2	2	4	4
35 a 39 años	5		2				2	3		6	5
40 a 44 años	4		2				2			6	4
45 a 49 años	8	1	4	2		4	3	3	1	2	8
50 a 54 años	6		5		1	1	6	2	1	1	6
55 a 59 años	5		4	4	1	1	3	1	2	7	5
60 a 64 años	6		5	3		2	3			6	6
65 a 69 años	6		8	2			7	1		8	6
70 a 74 años	11		12	4	1	1	8	1	1	10	11
75 a 79 años	6		13	5		1	7	1		7	6

80 años o más	8		14	16		3	10	2	2	13	8

Fuente:Bodega de Datos de SISPRO (SGD)

2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Ahora, después de estimar las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de salud, enliste las cinco principales causas de morbilidad identificadas en las grandes causas de morbilidad

Como se evidencia en la tabla 34 Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria el municipio de Chitaraque no presentó ninguna de estas prioridades, se cuenta con la referencia del departamento, por lo tanto no se logra hacer un análisis ya que no hay un punto de comparación entre el municipio y el departamento

Tabla 24. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria municipio de CHITARAQUE

	Causa de morbilidad priorizada	**CHITARQUE 2011**	**BOYACÁ 2011**
Morbilidad por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,5%	18,98%
	Condiciones materno perinatales	1,2%	1,92%
	Enfermedades no transmisibles	67,1%	55,32%
	Lesiones	5,1%	6,84%
	Condiciones mal clasificadas	12,1%	17,85%
Eventos de alto costo	Incidencia de VIH notificada **	0,0	6,3
	Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada**	0,0	0,8
	Incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años notificada**	0,0	5,7
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad por IRAG	0,0	4,48
	Letalidad por intoxicaciones	0,0	0,63
	Letalidad por leishmaniasis	0,0	0,88
	Letalidad por meningitis tuberculosa	0,0	33,33
	Letalidad por sífilis congénita	0,0	10
	Letalidad por tosferina	0,0	4,17
	Letalidad por tuberculosis	0,0	12,79
	Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	0,0	11,11

	Letalidad por tuberculosis pulmonar	0,0	13,24
	Tasa de Incidencia de dengue * 100.000 hab	0,0	31,2
	Tasa de Incidencia de dengue grave 100.000 hab	0,0	0,6
	Tasa de incidencia de Leptospirosis 100.000 hab	0,0	1,6
	Tasa de incidencia de Chagas 100.000 hab	0,0	16,9
	Tasa de incidencia de sífilis congénita 1.000 NV	0,0	1,2

Fuente: RIPS, Cuenta de alto costo, SIVIGILA

Conclusiones

En este capítulo se evidencia Teniendo en cuenta los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud, dentro del análisis de la mortalidad por grandes causas, se observa que la mortalidad por las nombradas como demás causas son las que se encuentran de primeras como causantes de la mortalidad general, como segunda causa encontramos las enfermedades del sistema circulatorio seguido de las neoplasias, aunque comparando el año 2005 con el 2011, se observa que se presentó una aumento en el año 2011 pero aún se encuentra en el primer lugar; dentro de las ultimas causas de mortalidad general se encuentran al afecciones perinatales y los signos y síntomas mal definidos. El comportamiento de la mortalidad general en hombres hasta el año 2009, se observaba que predominaban las denominadas demás causas, pero en el 2010 las enfermedades del sistema circulatorio presentan un aumento que se mantiene solo durante este. La infecciones intestinales es la principal causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades transmisibles, con un pico máximo en el 2005 y el 2007, para el año 2011 se presenta una disminución notoria pasando a estar en el segundo lugar; seguido a esto las infecciones respiratorias agudas muestra un pico notorio en los años 2006 -2008, para los años 2009 -2011 , en el 2010 se muestra una propensión del resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias se observa una disminución, ciertas enfermedades transmitidas por vectores , ciertas enfermedades inmunoprevenibles, enfermedad por VIH no presentan ninguna tendencia entre los años 2005 -2011 lo que nos demuestra que no se presentaron estas enfermedades.

Al analizar las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio encontramos que el 2005 se muestra una tasa de 331,12 en menores de un año comparado con el 2009 aumento con una tasa del 404,858 en el mismo grupo poblacional. En los años 2006,2007, 2008, 2010 y 2011 no se presentaron eventos; En la infancia las principales causas de morbilidad en los hombres se encuentran las enfermedades no trasmisibles con 175 casos para el año 2012 comparado con el año 2009 que se presentaron 36 casos donde se observa un aumento notorio, en segundo lugar se encuentra las condiciones trasmisibles y nutricionales con 58 casos en el año 2009 observando una disminución hasta el año 2012 con 34 casos

Dentro de las primeras cinco causas el grupo de edad de 27 a 59 años que más consulta por enfermedades no trasmisibles clasificándola en los siguientes subgrupos son las condiciones orales con una proporción para

el año 2009 del 2,3 para el 2010 1,94, para el 2011 de 27,80 como se evidencia a venido aumentando y según la proporción de punto porcentual para los años 2011,2012 es del 27,75; seguido de las enfermedades genitourinarias que al contrario de las condiciones orales a venido disminuyendo según año 2009 la proporción se encuentra en 17,7 para el año 2011 la proporción es del 12,23 con punto porcentual año 2011, 2012 del 17,47; en tercer lugar se encuentran los desórdenes endocrinos con una proporción de punto porcentual año 2011, 2012 9,86, seguido de las enfermedades cardiovasculares .

Dentro de los eventos de alto costo para el municipio de CHITARAQUE, no se encuentran casos en nuestro periodo de análisis por lo tanto no se puede realizar la asimilación entre departamento y municipio.

alteraciones permanentes en la población en condición de discapacidad Con respecto al año 2009 se evidencia que la alteración que más predomina es el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con 203 casos mientras que a nivel departamental se presentaron 8.724 ubicándola en el primer lugar, en segundo lugar se encuentran las alteraciones del sistema nervioso en el municipio se presentaron 186 casos mientras que en departamento se presentaron 6299 casos, en tercer lugar se encuentran las alteraciones de los ojos donde se muestra que para el municipio hay 171 casos y para el departamento hay 6.707,

Según la tabla refleja que las mujeres con alteraciones permanentes en los siguientes grupos de edad de 0 a 4 años no se presentan ninguna alteración, el grupo de 5 a 9 años se presentan alteraciones del sistema nervioso, Los ojos, Los oídos y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el grupo de 10 a 14 años se evidencias alteraciones de Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) La voz y el habla La digestión, el metabolismo, las hormonas y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas con 9 casos en total, en el grupo de edad que más se encuentra alteraciones es el los mayores de 80 con 76 casos en total; El número de casos según alteración se evidencia de la siguiente forma el sistema nervioso 83 alteraciones, la piel 2 alteraciones , los ojos 78 alteraciones los oídos 37 alteraciones, los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) 3 alteraciones, la voz y el habla 24 alteraciones, el sistema cardiorespiratorio y las defensas 54 alteraciones, la digestión, el metabolismo, las hormonas 18 alteraciones, el sistema genital y reproductivo 9 alteraciones El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas 80 alteraciones y ninguna 83.

2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

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 desigualdad tan solos se estimaran 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 van estimar 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

El municipio de Chitaraque realizo un análisis descriptivo de la condiciones de vida de acuerdo a la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. El departamento tomara como valor de

referencia la nación y el municipio usara como referencia el departamento. El análisis puede profundizar la tendencia en el tiempo según la disponibilidad de información

En cuanto a las condiciones de vida del municipio de Chitaraque encontramos que la cobertura de servicios de electricidad se encuentra en un buen porcentaje según nos muestra la priorización con una frecuencia relativa de 0,9462 con respecto al departamento, de la misma forma encontramos que en cuanto a cobertura de alcantarillado el 51,9% para el municipio; no obstante debemos encaminar estrategias de cobertura y un plan de mejoramiento en cuanto el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada a igual que el riesgo de calidad del agua para consumo humano, según el análisis de los intervalos de confianza al 95% permitió establecer que no existen diferencias estadísticamente significativas con el departamento.

Tabla 25. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del municipio de CHITARAQUE, 2005

Condiciones de vida	Boyacá	Chitaraque	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Color
Cobertura de servicios de electricidad	87,4	82,7	0,9462	0,7628	1,1738	
Cobertura de acueducto	67,3	51,9	0,7712	0,5875	1,0123	
Cobertura de servicios de telefonía	13,5	7,7	0,5704	0,2814	1,1559	
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	32,4	45,1	1,3920	1,0396	1,8637	
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada	2320,0%	45	1,9397	1,4482	2,5979	
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas	2250,0%	789	35,0667	32,7032	37,6009	
Coberturas útiles de vacunación para rabia en Animales	91,2	95,0	1,0417	0,8519	1,2737	

Fuente: Censo 2005 DANE e Indicadores Básicos Situación de Salud de Boyacá año 2011

Disponibilidad de alimentos

El municipio evaluó el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer y tomo como referencia al departamento

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el municipio según nos muestra la priorización encontramos una tendencia de aumento en los años 2008 y 2010 sin embargo los demás años evaluados presentan unos indicadores importantes de análisis frente al departamento donde encontramos que el municipio para el 2011 se encontraba con un 16.67 y el departamento en el 8.9.

Observamos según el análisis de los intervalos de confianza indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que el municipio de Chitaraque se encuentra en peores condiciones que el departamento y debe fortalecer las acciones para mejorar este indicador.

Tabla 26. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del municipio de CHITARAQUE, 2005-2010

LI IC 95%	LS IC 95%	Comportamiento						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1,1589	3,0271	7,69	0,00	0,00	14,29	0,00	25,00	16,67

Determinantes intermediarios de la salud	Boyacá	Chitaraque		Comportamiento					
				2006	2007	2008	2009	2010	2011
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EE VV DANE 2011)	8,9	16,67		↘	-	↗	↘	↗	↘

Fuente: DANE 2006-2011

Condiciones de trabajo

Describa las condiciones de trabajo para el año 2012, con los siguientes indicadores:

- Incidencia de accidentalidad en el trabajo En el municipio de Chitaraque tiene un reporte de cero casos de accidente de trabajo
- Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo No se reportaron casos reportados de enfermedades laborales, esto también puede suceder a la informalidad en el trabajo.

Condiciones factores, psicológicos y culturales

Se Analiza los factores psicológicos y culturales de acuerdo a la estimación de la razón de tasa, razón de prevalencia y sus intervalos de confianza al 95%. El departamento

La tasa de incidencia de violencia intrafamiliar, se evidencia según la priorización que el municipio de Chitaraque presenta un gran número de casos donde lo encasilla en una alerta de riesgo donde nos vemos orientados a la tarea de prevenir la violencia intrafamiliar y así disminuir con este indicador lo que quiere decir que el análisis de los intervalos de confianza indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas, el municipio de Chitaraque se encuentra en peores condiciones que el departamento y debe fortalecer las acciones para mejorar este indicador.

•Tasa de incidencia de violencia contra la mujer, la priorización nos muestra que en cotejo con el departamento el municipio de Chitaraque presenta una incidencia de 976,6 mientras que para el departamento es del 942,283 ↗.Los intervalos de confianza indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que el municipio de Chitaraque no se encuentra en peores condiciones que el departamento.

Tabla 27. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del municipio de CHITARAQUE

Determinantes intermedios de la salud FACTORES CONDUCTUALES PSICOLOGICOS Y CULTURALES	Boyacá	Chitaraque		Comportamiento					
				2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2011)	324,17	459,9							34,0
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2011)	942,283	976,6							↗

Fuente: Forensis 2011 y SIVIGILA 2011

Sistema sanitario

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia, 11%

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud, 4%

Cobertura de afiliación al SGSSS, 10,47 %

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos, 95,35%

Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año, 98,88%

Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año, 66,67 %

Cobertura de parto institucional, 94,03 %

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado, 50%

Datos de análisis de la institución de los sistemas de información

• Número y distribución de instituciones prestadoras de servicios habilitada por servicios: 1 IPS año 2012

• Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: 8,82% año 2012

• Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: 80,39% año 2012

• Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año: 80,39% año 2012

• Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año: 83,02% año 2012

• Nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: 96 año 2012

• Cobertura de parto institucional: no habilitado sala de partos

• Prevalencia de atención de parto por profesional: 0

• Número de ambulancias por 1000 habitantes: 0.07 año 2012

• Número de ambulancias básicas por 1000 habitantes: 0.07 año 2012

• Número de ambulancias medical izadas por 1000 habitantes: 0 año 2012

• Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad: 85 minutos Moniquirá

El análisis de los intervalos de confianza indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que el municipio no se encuentra en peores condiciones que el departamento en cuanto Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia, Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud, , Coberturas administrativas de vacunación, Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal.

Las tasas son superiores a las que presenta el departamento y el análisis de los intervalos de confianza indicaron que existen diferencias estadísticamente significativas, lo que quiere decir que el municipio se encuentra en peores condiciones que el departamento en cuanto a Porcentaje de partos atendidos por personal calificado y Cobertura de afiliación al SGSSS

Tabla 28. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del municipio de CHITARAQUE

Determinantes intermedios de la salud SISTEMA SANITARIO	(BOYACA).	CHITARAQUE		Comportamiento						
				2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	13,5	11								
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6,9	4								

Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2011, 2012)	88,2	10,47							↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2012)	91,2	95,35		↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	89,9	98,88		↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	89,9	95,35		↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	81	66,67		↘	↗	↘	↘	↘	↗	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	98,68	94,03		↗	↗	↘	↗	↘	↘	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,86	50		↘	↗	↘	↗	↘	↗	

Fuente: DANE 2005, MSPS – PAI 2012 Y EEVV DANE 2012.

Los servicios habilitados que tiene la ESE Centro de salud de Chitaraque que se encuentran en el Registro de Prestadores de Salud.

La institución de salud con nivel 1 se encuentra servicio farmacéutico, vacunación, consulta externa, consulta prioritaria, laboratorio clínico –toma y muestras de citología, el sitio de referencia es Moniquirá donde se encuentran otros servicios prestados en 2 nivel de mayor complejidad.

Tabla 29. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el municipio de CHITARAQUE, 2012

Servicios habilitados	Instituciones Prestadoras de Salud	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Laboratorio citologías cervico-uterinas	1	0,48
Laboratorio clínico	1	0,48
Enfermería		0,48
Servicio farmacéutico	1	0,48
Odontología general	1	0,48
Psicología	1	0,48
Consulta prioritaria	1	0,48
Transporte asistencia básica.	1	0,48

Toma de muestras de laboratorio clínico	1	0,48
Esterilización	1	0,48
Medicina General	1	0,48
Protección específica atención preventiva en salud bucal	1	0,48
Protección específica atención en planificación familiar hombres y mujeres	1	0,48
Tamización de cáncer de cuello uterino	1	0,48
Detección temprana- alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor de 10 años)	1	0,48
Detección temprana- alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	1	0,48
Detección temprana- alteraciones del embarazo	1	0,48
Detección temprana- alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	1	0,48
Detección temprana- alteraciones cáncer de cuello de uterino	1	0,48
Detección temprana- alteraciones cáncer de seno	1	0,48
Detección temprana- alteraciones de la agudeza visual.	1	0,48
Protección específica - alteraciones Vacunación	1	0,48
Vacunación	1	0,48

Fuente: REPS Ministerio de Salud y Protección Social.

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 de Chitaraque.

Cobertura Bruta de educación

El análisis de la cobertura bruta de educación se realizó según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95% y el municipio tomó como referencia al departamento.

En cuanto a la tasa de cobertura bruta de educación en categoría primaria en el municipio de Chitaraque encontramos una diferencia relativa con el departamento es de 0.0112 encontrando así buenas cobertura en cada una de las categorías.

Tabla 30. Tasa de cobertura bruta de educación del CHITARAQUE Municipio, 2005 – 2012

EDUCACION	Boyacá	Chitaraque	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	21,4	9,4	0,4393	0,2318	0,8324
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2012)	95,3	106,83%	0,0112	0,0017	0,0747
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2012)	111,2	90,00%	0,0081	0,0010	0,0639
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2012)	91,7	66,99%	0,0073	0,0007	0,0801

Fuente: DNP DANE 2005 SIMAT

Tabla 31. Censo establecimientos educativos 2012

ZONA	NIVEL EDUCATVO	INSTITUCIONES EDUCATIVAS	Nº ALUMNAS MATRICULADOS EN CADA INSTITUCION	Nº ALUMNOS MATRICULADOS EN CADA INSTITUCION
URBANA	PREESCOLAR	1	18	26
	PRIMARIA	1	89	73
	SECUNDARIA	1	169	141
	MEDIA	1	64	54

	POR CICLOS ADULTOS	1	36	38
	TÉCNICA	0	0	0
	UNIVERSITARIOS	0	0	0
RURAL	PREESCOLAR	14	45	44
	PRIMARIA	14	210	255
	SECUNDARIA	1	32	28
	MEDIA	0	0	0

Fuente: Colegio San Pedro Claver Chitaraque – SIMAT

Condiciones de trabajo:

El ámbito laboral se define como un territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En él se expresan relaciones con características particulares, que lo determinan y que son comunes a todos los actores que lo habitan. Dadas las condiciones laborales y los tipos de actividades se generan una serie de eventos que afectan la salud y la vida de los trabajadores que necesitan ser monitoreadas para implantar programas y proyectos que promocionen la calidad de vida y prevengan este tipo de daños.

Tabla 32. Condiciones de trabajo 2012

Indicador	**LINEA BASE Identifique el año**	**META A 2015**	**LOGROS**			
			2008	**2009**	**2010**	**2011**
Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales	30 año 2008	95%	10%	50%	50%	50%
Tasa de muertes por accidentes de trabajo	0 año 2008	0	0	0	0	0

Fuente: Alcaldía municipal, ESE Chitaraque

Población económicamente activa

Proporción de población en Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI

Tabla 33. Necesidades Básicas insatisfechas – NBI en el municipio, 2012. Fuente plan de desarrollo municipal CHITARAQUE 2009 – 2011

	2009	2010	2011	2012
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas	SD	59.8%	48.6%	44.6%
Proporción de población bajo la línea de pobreza	60%	62%	62%	55%
Proporción de población bajo la línea de indigencia	1	1	1	1
Proporción de población en miseria	0	0	0	0

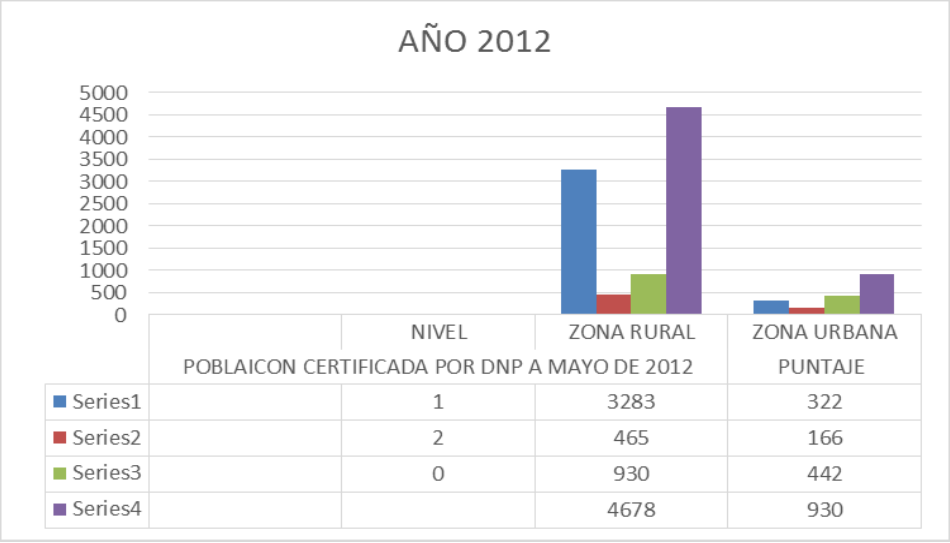
Fuente: SICAPS

Estrato

Población por estrato socioeconómico

La siguiente clasificación es únicamente para régimen subsidiado de acuerdo a los puntos de corte en la resolución 3778 de 2011

Figura 26.Población por estrato socioeconómico, municipio, CHITARAQUE



Fuente: OFICINA SISBEN

Se muestra en la gráfica que el nivel 1 es donde predomina la mayor parte de la población especialmente en la zona urbana con 3283 personas.

En el siguiente cuadro se identifica el número de personas que están afiliadas al régimen contributivo, subsidiado o hacen parte de la población pobre y vulnerable.

Tabla 34 Distribución porcentual de la población según aseguramiento CHITARAQUE 2012

REGIMEN DE SEGURIDAD EN SALUD		No.	%
Régimen Contributivo		**32**	**0.52**
Régimen Subsidiado		**5244**	**86.4**
Regímenes Especiales	**ECOPETROL**	**SD**	**-**
	Fuerzas militares	**SD**	**-**
	Educación	**SD**	**-**
	Otros		**-**
Población pobre no asegurada		**49**	**0.80**
Evasores		**-**	**-**
Total		**-**	**-**

Fuente: SISBEN

Tabla 35. Afiliados al régimen de seguridad social en salud subsidiado y contributivo, año 2012

Entidades Promotoras de Salud – Subsidiado	2012		Entidades Promotoras de Salud – Contributivo	2012	
	Nº Afiliados	%		Nº Afiliados	%
COMFAMILIAR HUILA	**1134**	18.6		32	0.52
COMPARTA	**1540**	25.3			
COOSALUD	**1563**	25.7			
EMDISALUD	**1007**	16.5			
Total	5244			32	

Fuente: SISBEN

2. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

De acuerdo a los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos se propone ahora realizar la priorización en salud, para esto se propone realizar primero el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes; e identificar los municipios que se encuentran en peor situación con relación las baterías de indicadores estimados a través del documento por el método del Índices de Necesidades en Salud –INS este análisis se realizara únicamente a nivel departamental.

3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

Como observamos en los capítulos anteriores se logra analizar que es necesario desarrollar compromisos con todos los actores municipales en torno a la APS, para así brindar estrategias focalizadas, individuales y

integrales a la comunidad de Chitaraque según sus necesidades, teniendo en cuenta la evolución en algunos determinantes en salud es necesario seguir con los diferentes programas dando confianza a la gente enfocándonos en la promoción y la prevención de la enfermedad generando un seguimiento adecuado; priorizando las familias de alto riesgo y grupos vulnerables como menores de edad adolecentes y adulto mayor todo con el propósito de tener una población sana corto y a la largo plazo; en cuanto al número de viviendas por familia encontramos que con vivienda propia se encuentra el 47,17% donde encontramos un sin número de necesidades básicas insatisfechas donde hay que intervenir las viviendas rurales ya que se encuentran en malas condiciones y esto conlleva a unas condiciones inadecuadas para la calidad de vida de la población, Los proyectos del Municipio deben priorizar los problemas que afectan la población municipal como la mala calidad del agua, cobertura de servicios públicos, mala condición de las vías, salud infantil.

La población ubicada en el área rural del Municipio cuenta con menor cobertura de servicios públicos, afectando negativamente su salud y por lo tanto su calidad de vida.

Debido al aumento de los casos de violencia contra la mujer y maltrato infantil; es necesario contar la presencia permanente de un profesional en psicología que pueda realizar prevención, detección temprana de factores de riesgo, acompañamiento y seguimiento a estos casos; así como la conformación de redes de apoyo.

En el Municipio de Chitaraque existe alta prevalencia de enfermedades crónicas como Hipertensión arterial; debido a hábitos de vida no saludables como la alimentación inadecuada, inactividad física, tabaquismo y consumo de alcohol; que a largo plazo producen secuelas y/o muertes prematuras.

El municipio de Chitaraque según muestras el análisis las alteraciones permanentes en la población en condición de discapacidad se evidencia que la alteración que más predomina es el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas en el primer lugar, en segundo lugar se encuentran las alteraciones del sistema nervioso, en tercer lugar se encuentran las alteraciones de los ojos, de los cuales predominan en la población mayor de edad donde se busca ejecutar grupo de apoyos para estas personas por otro lado podemos evidenciar que la población infantil muestra alteraciones permanentes del sistema nervioso.

3.2. Priorización de los problemas de salud

A continuación se analizan los problemas priorizados en el orden del mayor a menor complejidad del municipio de Chitaraque, con el propósito de intervenir en ellos y buscar posibles soluciones a largo y corto plazo.

Tabla 36. Priorización de los problemas de salud del municipio de Chitaraque 2012

Dimensiones	Problemas	Magnitud	Severidad	Efectividad
		(0-10)	(0-10)	(0.5-1,5)
Salud ambiental	Baja cobertura de acueducto	9	9	5
	Zona rural IRCA de alto riesgo	10	10	5
	Baja cobertura de alcantarillado	9	9	5
	Inadecuada disposición de excretas en algunas veredas	8	9	5
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Alta prevalencia de HTA	7	7	4
	Baja realización de actividad física por parte de los adultos mayores	6	7	4
	Alta prevalencia D enfermedades circulatorias	7	7	4
	Alta prevalencia de DM	5	5	4
Convivencia social y salud mental	Alta prevalencia de trastorno mental	1O	10	5
	Falta de servicio de psiquiatría	9	9	5
	Déficit de IPS psiquiátricas en el departamento	10	10	5
	Bajo apoyo familiar a las personas con trastorno mental	9	9	5
Seguridad alimentaria y nutricional	Bajo consumo de frutas y verduras	5	4	5
	Menores de 5 años con DNT	4	4	5
	Gestantes con bajo peso	5	5	4
	Baja notificación de Eventos nutricionales	4	4	4
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Baja asistencia por parte de los adolescentes a los servicios amigables	9	9	5
	Aumento de embarazo en adolescentes			

	Bajo uso de métodos de planificación	10	10	5
	Falta de adherencia a la toma de citología	9	9	5
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Alta incidencia de dengue	10	9	5
	Alta incidencia de Chagas	8	8	4
	Presencia de casos de tos ferina	6	6	4
	Gestantes con Chagas positivos	9	9	5
Salud y ámbito laboral	Consumo de guarapo en los trapiches por parte de los empleados	10	10	5
	Uso no adecuado de fungicidas e insecticidas en los cultivos	9	9	5
	Falta de medidas de protección en trapiches	8	8	5
	Trabajadores menores de edad en trapiches	9	9	5

Conclusiones:

Se elaborará una estrategia para reducción de consumo dirigida a los hogares, sitios de trabajo y establecimientos públicos coordinada por todas las instituciones presentes en el municipio, Contar con el servicio permanente de psicología en el municipio, conformar grupos de actividades de aprovechamiento del tiempo libre, redes de apoyo, A través de la consulta diferencia da para jóvenes garantizar los métodos de planificación familiar y brindar el apoyo interinstitucional; Educación a la comunidad, fomento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad, implementación de proyectos productivos a familias más necesitadas, mayor cobertura en los programas familias en acción, Campañas de reducción de consumo de alcohol dirigidas a los hogares mediante la estrategia de APS alianzas con el comité de buen trato con el comité de buen trato (interinstitucional) promoción y prevención a edades tempranas, Concientizar a la población sobre la importancia del cuidado de la salud oral brindar información para que la población asista cada 6 meses fomentar buenos hábitos higiénicos y alimenticios, priorizar las zonas del municipio con menor cobertura de servicios públicos.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

•Planta de tratamiento con adecuado funcionamiento la cual garantice la adecuada calidad del agua, prioridad dentro de planes de gobierno municipales.

•Elaborará una estrategia para reducción de consumo dirigida a los hogares, sitios de trabajo y establecimientos públicos coordinada por todas las instituciones presentes en el municipio.

•Contar con el servicio permanente de psicología en el municipio, conformar grupos de actividades de aprovechamiento del tiempo libre, redes de apoyo a través de la consulta diferencia da para jóvenes garantizar los métodos de planificación familiar y brindar el apoyo interinstitucional.

•Educación a la comunidad, fomento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad, implementación de proyectos productivos a familias más necesitadas o de alto riesgo.

•Campañas de reducción de consumo de alcohol dirigidas a los hogares mediante la estrategia de APS alianzas con el comité de buen trato (interinstitucional) promoción y prevención a edades tempranas.

•Incentivar en toda la población los hábitos y estilos de vida saludable.

•Concientizar a la población sobre la importancia del cuidado de la salud oral, brindar información para que la población asista cada 6 meses y fomentar buenos hábitos higiénicos y alimenticios

•Priorizar las zonas del municipio con menor cobertura de servicios públicos.

•Seguimiento y apoyo a las personas con algún grado de discapacidad física y cognitiva implementando nuevas políticas con colaboración interinstitucional.