



Plan Territorial de Salud 2016 – 2019

Armonización bajo Metodología
PASE a La Equidad En Salud

Departamento de Huila

Municipio de Pitalito

Abril de 2017



Plan Decenal de Salud Pública **PDSP 2012-2021**
Metodología **PASE** a La Equidad En Salud

La salud en Colombia la construyes tú

Alcalde Municipal De Pitalito Huila

Miguel Antonio Rico Rincón

Secretaria Municipal de Salud

Yaneth Sofía Ortiz Parra





CONTENIDO

FICHA TECNICA.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO NORMATIVO.....	5
1. ANALISIS DE SITUACION EN SALUD.....	6
1.1 Caracterización del contexto territorial y demográfico	6
1.1.1 Contexto Territorial	6
1.1.1.1 Localización	6
1.1.1.2 Características Físicas del Territorio	7
1.1.1.3 Accesibilidad Geográfica	12
1.1.2 Contexto Demográfico	20
1.1.2.1 Estructura Demográfica.....	20
1.1.2.2 Dinámica Poblacional.....	22
1.2 Efectos sobre la salud (morbilidad y mortalidad)	30
1.2.1 Análisis de la Mortalidad	31
1.2.1.1 Principales causas de mortalidad.....	35
1.2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo.....	40
1.2.1 Análisis de la Morbilidad.....	88
1.2.1.1 Principales causas de morbilidad.....	90
1.2.1.2 Morbilidad específica por subgrupo.....	95
1.2.3 Los determinantes en Salud	120
1.2.3.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud.....	125
1.2.3.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud....	130
1.2.4 Priorización de los efectos, factores de riesgo y determinantes.	140
2. PRIORIZACION DE LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION AFILIADA A EAPB....	150
2.1 Análisis demográfico	151
2.3 Priorización de los problemas de salud.....	153
3. PRIORIZACION EN SALUD PÚBLICA.....	156
3.1 Intensidad de la tensión.....	156
3.2 Tendencia de la	



cronicidad en el tiempo	158	3.3 Tendencia del	
impacto de la tensión en el mediano y largo plazo	159	3.4	
Ingobernabilidad de la tensión en la entidad territorial.....	160		
3.5 Valoración final de la tensión.....	162		
3.6 Configuración deseada.....			
163	3.6.1		Metáfora
deseada.....	163	3.6.2	Ejes
estructurantes (Desafíos)	165		
3.6.3 Transformaciones.....	166		
3.6.4 Ventajas y oportunidades.....	168		
3.7 Prioridades establecidas para cierre de brechas en salud y PDSP.....	168		
4. COMPONENTE ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.....			
170	4.1 Visión.....		
170	4.2 Desafíos.....		
171	4.3	Objetivos	estratégicos
.....	172	4.4 Retos y objetivos	
sanitarios por dimensiones.....	173	4.5 Metas de	
resultado por dimensión e indicadores.....	176	4.6	
Estrategias por dimensión y componente.....	188	5.	
COMPONENTE DE INVERSION PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD....	189		
6. IMPLEMENTACION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.....	193		
7. MONITOREO Y EVALUACION.....	201		
8. RENDICION DE CUENTAS			
203			



FICHA TÉCNICA

DEPARTAMENTO: HUILA	
ENTIDAD TERRITORIAL:	PITALITO
NIT:	8911800770-0
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO DE PITALITO	
NOMBRES Y APELLIDOS:	YANETH SOFÍA ORTIZ PARRA
DEPENDENCIA/CARGO:	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO DE PITALITO
DIRECCIÓN:	Carrera 3 N° 4 – 78
TELÉFONO: FIJO	098 – 8360010
APROBACIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALCALDE:	MIGUEL ANTONIO RICO RINCON
APROBADO POR:	CONCEJO MUNICIPAL
NÚMERO DE APROBACIÓN:	ACUERDO 014 DE 2017
FECHA DE APROBACIÓN:	10/04/2017
VISIÓN	
Para el año 2021 Pitalito, el municipio de Valle de Laboyos, bajo el lema "por un Pitalito ideal", habrá consolidado los objetivos del plan decenal de salud pública principalmente en los relacionados con la población materno infantil y enfermedades transmisibles, con la acción y participación transectorial y comunitaria, para lograr la paz y la equidad social mediante la mejora del bienestar integral y la calidad de vida para todos los habitantes con la intervención adecuada de los riesgos individuales y los determinantes de salud.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PTS	
Mejorar la infraestructura y entornos necesarios para la supervivencia en condiciones dignas y garantizar el cubrimiento de las necesidades básicas a la población	
Reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable asociada a la gestación, parto, puerperio, infancia, adolescencia y enfermedades crónicas garantizando equitativamente los servicios de salud, incorporando el enfoque de riesgo en todos los procesos de atención.	
Mejorar la infraestructura y entornos necesarios para la supervivencia en condiciones dignas y garantizar el cubrimiento de las necesidades básicas a la población	
Disminuir las inequidades sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales las cuales afectan las condiciones de vida de los individuos, mediante la implementación de acciones que eliminen las desigualdades garantizando el goce efectivo de los derechos a la salud y la vida.	



INTRODUCCIÓN

El Plan Territorial de Salud - PTS - 2016, se encuentra incorporado dentro del Plan de Desarrollo del municipio de Pitalito, encaminado a la búsqueda de la reducción de la inequidad en salud y así centrarse en alcanzar el desarrollo social y económico, al direccionar las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias; de esta manera, obtener en su población Desarrollo Humano Sostenible con Equidad en Salud y en armonización con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

El Plan Territorial de Salud es considerado el instrumento que orienta las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias relacionadas con la salud a el fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el territorio e incorpora la salud en todas las políticas del territorio y está inmerso en el Plan de Desarrollo Territorial.



MARCO NORMATIVO

Constitución Política de 1991. Ley 100 de 1993: Creación del SGSSS.

Ley 152 de 1994 y Resolución 5165 de 1994: Elaboración de los planes de desarrollo.

Ley 1122 de 2007: Establece propósitos de la salud pública en el país, cambio del Plan de Atención Básica al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), entre otros.

Decreto 3039 de 2007: Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

Sentencia T-760 de 2008 (Corte Constitucional): Aborda el derecho a la salud.

Ley 1438 de 2011: Reforma el SGSSS, indica que el MSPS debe elaborar un plan decenal de salud pública.

Ley 1450 de 2011: Incorporaciones de los grupos étnicos a las políticas públicas.

Resolución 1841 de 2013: Adopta el Plan Decenal de Salud pública PDSP 2012-2021.

Resolución 1536 del 11 de mayo de 2015: Disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

Resolución 0518 de 2015: Disposiciones con la gestión de la salud pública y directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas – PIC-.

Resolución 0429 del 17 de febrero de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

El PDSP responde a las políticas de salud priorizadas por el Plan de Desarrollo 2010-2014 Prosperidad para Todos, soportadas en el Análisis de la Situación de Salud en Colombia.



1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

La metodología ASIS es un instrumento que provee información útil para la toma de decisiones y para ello se recurre a múltiples fuentes de información, que aun cuando formaran parte de un sólo sistema de información deben ser producto de la movilización de actores sociales y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

1.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

Pitalito es un municipio colombiano ubicado al sur del Departamento del Huila, sobre el valle del río Grande la Magdalena, a 188 km de la capital Neiva. Se le conoce como “El Valle de Laboyos”. Además es el segundo municipio más poblado del departamento del Huila con el 10.9% según la estimación DANE para el 2015 y es considerado como el mayor productor de café de Colombia, siendo epicentro de producción el corregimiento de Brucelas. En varias ocasiones ha sido premiado con la “Taza de la excelencia”.

1.1.1 Contexto territorial

1.1.1.1 Localización

Pitalito está ubicado al sur del departamento del Huila sobre el valle del Magdalena y en el vértice que forman las cordilleras central y oriental entre 1000 a 1800 metros sobre el nivel del mar y a unos 188 km de la capital del Huila. Es considerado la Estrella Vial del Surcolombiano por su localización estratégica, que permite la comunicación con los departamentos vecinos del Cauca, Caquetá y Putumayo

La extensión del municipio de Pitalito es de 666 km² y el 75% corresponde a la zona urbana, donde se concentra la mayor cantidad de población del municipio y por tal razón es donde se deben enfocar en mayor proporción la atención por los distintos sectores intermunicipales para el mejoramiento de calidad de vida de la población del municipio.

Localización: 1º 52' latitud norte, 76º 02' longitud oeste de Greenwich.

Distancias: Neiva 188 Km. Bogotá 480 kms.

Límites:

Norte con Timaná, Elías y Saladoblanco;

Occidente con Isnos y San Agustín;

Sur con Palestina y Santa Rosa Cauca;

Oriente con Acevedo.



Tabla 1 .Distribución del municipio de Pitalito por extensión territorial y área de residencia, 2015

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Pitalito	499,5	75,0	166,5	25,0	666	100

Fuente: Censo Dane 2005

DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA

Mediante el Acuerdo municipal 015 de 2001 se descentralizó administrativamente el municipio, con la creación de cuatro (4) comunas, las cuales se componen de 67 barrios, 32 urbanizaciones y 12 conjuntos cerrados, así:

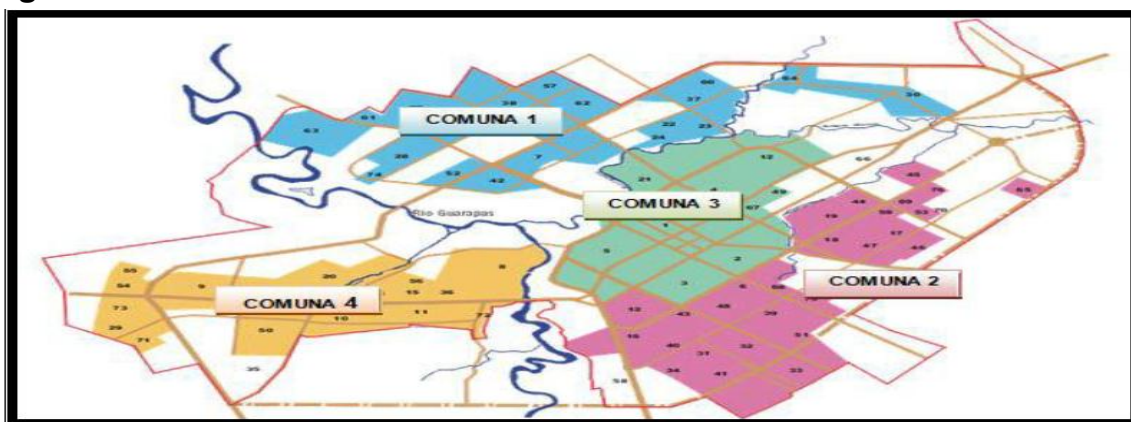
COMUNA UNO: También conocida como la comuna occidental, agrupa 22 barrios.

COMUNA DOS: Es llamada la comuna nororiental, en esta se encuentran 22 barrios.

COMUNA TRES: Esta comuna se encuentra conformada por 8 barrios.

COMUNA CUATRO: Es también llamada Barrios Unidos del Sur, allí se aglomeran 15 barrios.

Figura 1. Distribución de comunas casco urbano de Pitalito



Fuente: Secretaría de Planeación Municipal, 2010

De igual forma, la zona rural se encuentra dividida en ocho (8) corregimientos conformados por 136 veredas de la siguiente manera:

BRUSELAS: Integrado por 33 veredas.

LA LAGUNA: Integrado por 10 veredas.

CRIOLLO: Integrado por 10 veredas.



CHILLURCO: Integrado por 20 veredas.

PALMARITO: Integrado por 12 veredas.

CHARGUAYACO: Integrado por 17 veredas.

GUACACAYO: Integrado por 6 veredas.

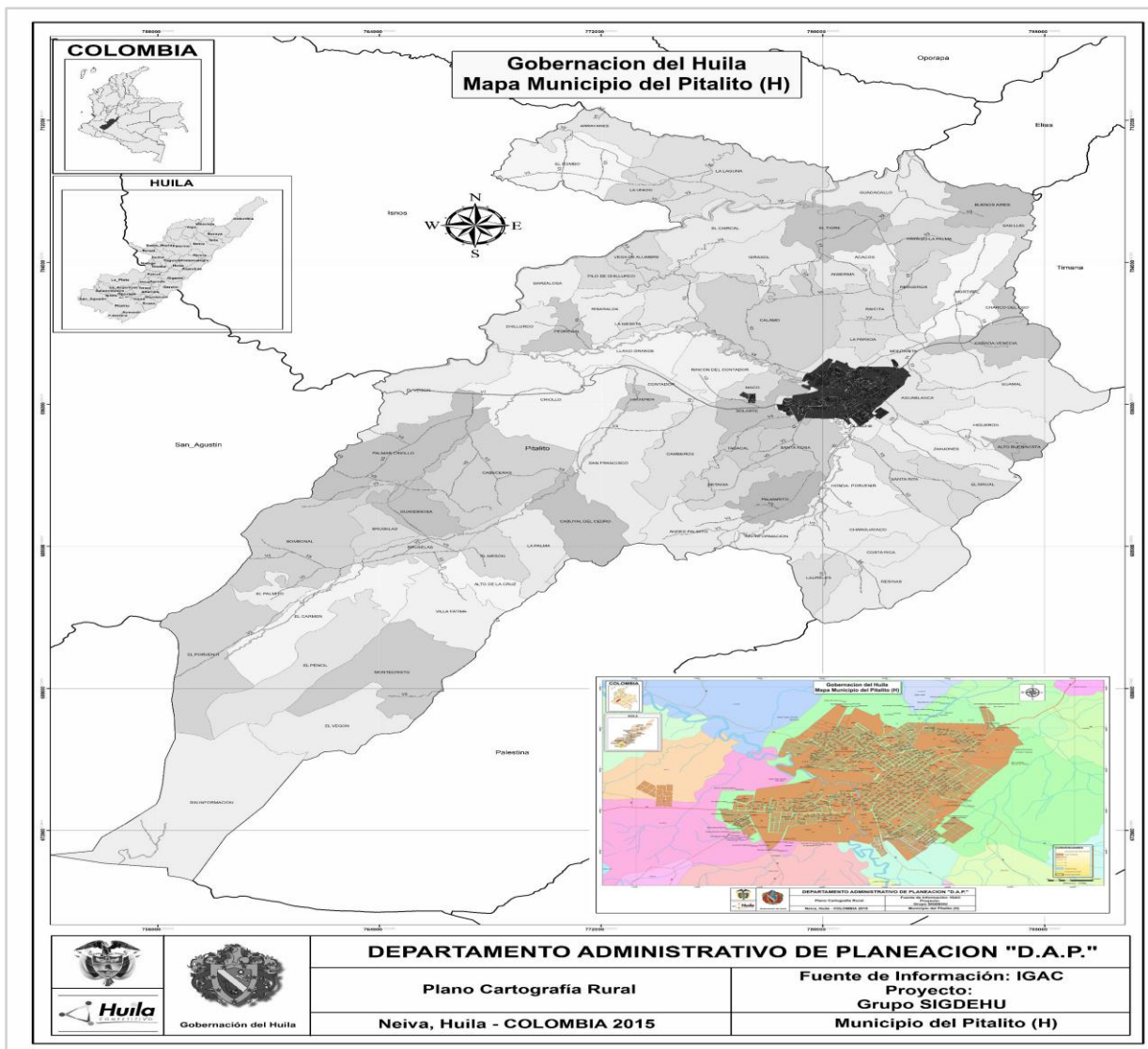
REGUEROS: Integrado por 18 veredas.

Figura 2. Distribución de corregimientos zona rural de Pitalito



Fuente: Secretaría de Planeación Municipal plano actualizado POT, 2010.

Mapa 1 División política administrativa y límites, municipio de Pitalito 2015



Fuente: Gobernación del Huila - Municipio de Pitalito

1.1.2 Características físicas del territorio

Las características topográficas del Municipio de Pitalito lo ubican dentro de un piso térmico de clima medio, con temperaturas medias anuales que oscilan entre 14 y 26°C, con un promedio de 19°C; presenta una precipitación anual multianual promedio de 1200 mm., caracterizadas por un período de lluvias entre los meses de Mayo y Julio y dos de verano, el primero entre Diciembre, Enero y Febrero y el segundo en Octubre. La zona tiene una humedad relativa



promedio del 79%, que adicionado a las características anteriores, ubican el municipio dentro de la zona de vida bosque húmedo premontano (bh-PM) (Espinal, 1990).

Relieve

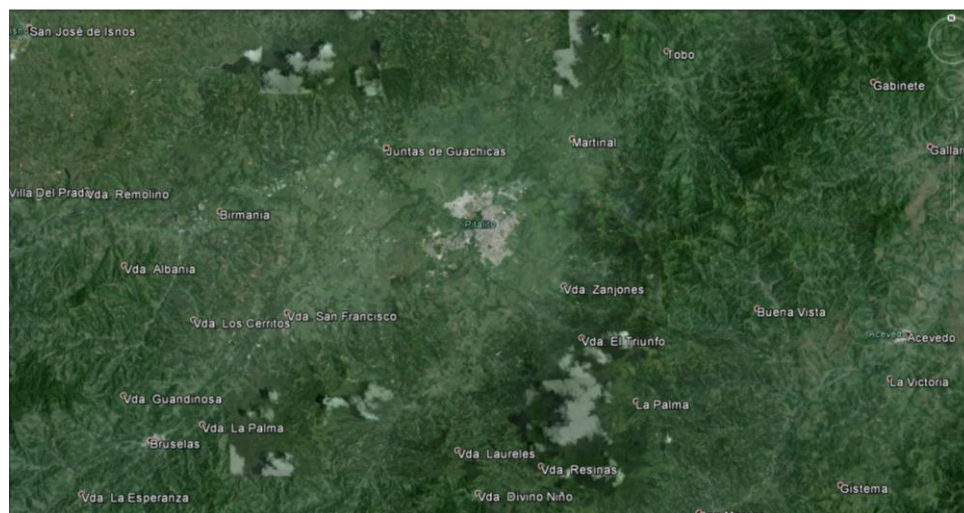
El municipio de Pitalito es bañado por los ríos Guarapas, que tiene como afluente importante, en la zona de interés la Quebrada Cálamo conformada por la Quebrada Guaduales y el Zanjón de Los Tiestos. (Figura 2), Guachicos y Magdalena. El Río Guarapas es una corriente que atraviesa el municipio de sur a norte por el sector occidental del mismo; es un río meándrico, de poco gradiente, no torrencial ya que el material observado en su cauce es de granulometría pequeña (arenas y limos) y muy escasamente gravas. El valle formado por el Río Guarapas es estrecho, con una llanura de inundación variable en el sector del río que atraviesa el municipio, su nivel de agua se encuentra entre los 50 y 80 cm de la misma. La Quebrada Cálamo tiene un valle estrecho, con llanura de inundación de ancho variable y vertientes empinadas; a esta corriente se le atribuye el represamiento del Río Guarapas en épocas de invierno, afectando un sector del municipio.

La zona urbana se encuentra ubicada en una zona llamada el Valle de Laboyos. Esta región es la puerta de entrada al Macizo Colombiano. Es una región donde la guayaba es uno de los frutos tradicionales, al igual que el rojo de sus cafetales y el hermoso paisaje del Valle del Magdalena. Este territorio se encuentra entre las Cordilleras Central y Oriental. Dentro de su región se encuentra la Laguna de Guatipan, El Parque Nacional Cueva de los Gaucharos, entre otros sin número de atractivos naturales.

Pitalito es conocido también como “El Valle de Laboyos” por ser parte del Macizo Colombiano y el Cinturón Andino gozando de sectores planos como los valles de los ríos Guachicos y Guarapas y las tierras aledañas al Río Magdalena; sin embargo, también parte del territorio es montañoso donde se destacan también los filos de Chilurco y Las Letras, el cerro de El Limón, el Alto de Ingalí y Las Cruces, esta variedad de ecosistemas le otorga una temperatura entre 18 y 21º C y le permite contar con condiciones ambientales estratégicas, exigiendo al Municipio adquirir predios para la protección de su sistema hidrográfico, del que hacen parte el Río Magdalena que recorre el Municipio de sur a norte, el Río Guarapas que de sus aguas se surten importantes quebradas como Quebradona, Agua Blanca, Cusumbe, La Palma, La Unión, La Pita, Charguayaco, Manitas, Pital, Tabacal, Solarte y Cálamo, con sus afluentes Guadual y Regueros, las fuentes de abastecimiento de agua para la ciudad de Pitalito, en la actualidad, son el sistema del Río Guachicos y el sistema Quebrada Macal o Santa Rita.



Mapa 2. Relieve municipio de Pitalito



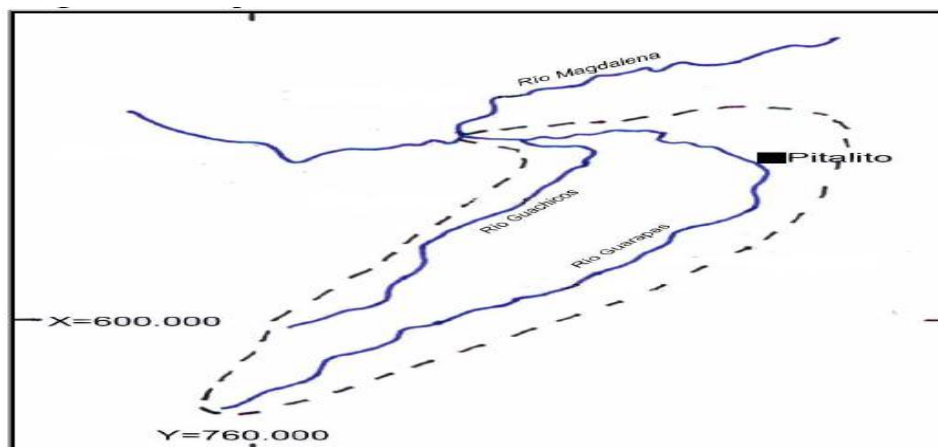
Fuente: <http://es.db-city.com/Colombia--Huila--Pitalito>. Google earth

Ecología

El Valle de Laboyos, hace parte del Macizo Colombiano y del Cinturón Andino, declarado por la UNESCO en 1972, Reserva de la Biosfera. La ubicación estratégica le permite gozar de condiciones ambientales privilegiadas que le han llevado a ser considerado, como uno de los municipios con el mayor número de predios adquiridos para la protección de microcuencas. Su territorio integra el Parque nacional natural Cueva de los Guácharos, en el que se han desarrollado procesos de planificación territorial ambiental, cartografía comunitaria, redes comunitarias de conservación, grupos de monitoreo de biodiversidad y proyectos productivos sostenibles. Cabe resaltar qué estas experiencias han sido catalogadas como modelo de conservación en el País.

Además, fue uno de los primeros municipios en constituir, el Parque Natural Municipal, estrategia de conservación en donde se integra la reserva pública y privada para la preservación de los ecosistemas hídricos que garantizan el abastecimiento del acueducto municipal. Estudios realizados por entidades de investigación de la Biodiversidad, demuestran la existencia en éste territorio de importantes especies de flora y fauna, muchas de ellas incluidas en las listas de la UICN, en peligro y en vía de extinción como por ejemplo: El Roble Negro, La Orquídea, La Guadua, El Oso Andino, La Danta de Páramo, El Atlapetes Olivaceo, El Pato Colorado, La Reinita Naranja entre otras.

Figura 2. Principales corrientes con influencia en la cuenca de Pitalito



Fuente: "EVALUACIÓN DE LAS AMENAZAS POTENCIALES DE ORIGEN GEOLÓGICO (ACTIVIDAD SÍSMICA Y VOLCÁNICA), GEOMORFOLÓGICO (REMOCIONES EN MASA Y EROSIÓN) E HIDROMETEREOLÓGICO (DINÁMICA FLUVIAL, INUNDACIONES Y SEQUÍAS), Y CARACTERIZACIÓN GEOTÉCNICA PRELIMINAR DE LAS CABECERAS MUNICIPALES DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA". CAM- UN. 1999.

1.1.3 Accesibilidad geográfica

Su ubicación estratégica ha permitido que el municipio de Pitalito esté conectado a través de una red de carreteras, que moviliza el 100% de la población urbana y rural dentro del mismo municipio y a municipios vecinos así como a la capital del departamento.

Mapa 3. Accesibilidad geográfica



Fuente: <http://es.db-city.com/Colombia--Huila--Pitalito>. Google earth



Vías de comunicación

Aéreas: Aeropuerto Contador a 6 km de la ciudad por la vía a San Agustín.

Terrestres: A 3 kilómetros de llegar a la ciudad de Pitalito por la vía Panamericana, que comunica el centro del país con los departamentos de Putumayo y Cauca y el vecino país del Ecuador, los turistas que visitan el sur del país se encuentran con la más amplia galería y exposición pública de obras de arte como muestra del talento artístico, característica que identifica al pueblo Laboyano

Fluviales: No hay, aunque es surcado por el río Guarapas, su caudal no soporta naves acuáticas.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros municipio de Pitalito, 2015

Municipio	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio
Pitalito	229,2 minutos	188,00	Terrestre/ aéreo

Fuente: Estudio de geografía sanitaria. MSPS.

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Pitalito hacia los municipios vecinos, 2015

Municipio	Municipio vecino	Distancia en Kilómetros entre el municipio y el municipio vecino	Tipo de transporte	Tiempo estimado del traslado entre el municipio y el municipio vecino	
				Velocidad	minutos
Pitalito	San Agustín	25,27	Terrestre	60 km/hora Aprox.	25
Pitalito	Saladoblanco	15,3	Terrestre	60 km/hora Aprox.	15
Pitalito	Isnos	20,10	Terrestre	60 km/hora Aprox.	20
Pitalito	Acevedo	18,9	Terrestre	60 km/hora Aprox.	20
Pitalito	Timana	18,8	Terrestre	60 km/hora Aprox.	20
Pitalito	Palestina	17,2	Terrestre	60 km/hora Aprox.	20

Fuente: <http://es.db-city.com/Colombia--Huila--Pitalito>. Google earth



Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Pitalito hacia los corregimientos 2015

Municipio	Corregimiento	Tipo de Carretera	Distancia en Km entre el municipio y la vereda más lejana	Tipo de transporte	Tiempo estimado del traslado entre el municipio y el municipio vecino	
					Velocidad km/hora Aprox.	minutos
Pitalito	Bruselas	Pavimentada	30	Terrestre	45	40
Pitalito	Chillurco	Destapada	20	Terrestre	25	48
Pitalito	Palmarito	Destapada	15	Terrestre	30	30
Pitalito	Laguna	Destapada	30	Terrestre	37	49
Pitalito	Criollo	Destapada	22	Terrestre	35	38
Pitalito	Charguayaco	Destapada	20	Terrestre	25	48
Pitalito	Guacacayo	Destapada	18	Terrestre	20	54
Pitalito	Regueros	Destapada	12	Terrestre	60	12

Fuente: Secretaria de Vías Municipio de Pitalito

VULNERABILIDAD

Como lo evidencian los diferentes estudios existentes en materia de amenazas y riesgos para el Municipio de Pitalito y la ocurrencia de diferentes eventos durante diferentes momentos históricos, los principales fenómenos que representan amenaza para la población, los bienes y el ambiente en el sector rural y urbano del Municipio se pueden identificar en el siguiente orden:

En el sector urbano, de acuerdo con la evaluación de las amenazas potenciales de origen geológico (actividad sísmica y volcánica), geomorfológico (remociones en masa y erosión) e Hidrometeorológico (dinámica fluvial, inundaciones y sequías), y caracterización geotécnica preliminar de las cabeceras municipales del departamento del Huila" realizado por el Convenio CAM-UN, la amenaza natural de mayor impacto para el casco urbano de Pitalito, por su periodicidad de ocurrencia y daños asociados, la constituye las inundaciones asociadas con el Río Guarapas y la Quebrada Cálamo principalmente.



Las otras amenazas reportadas dentro del área urbana, la constituyen las remociones en masa identificadas en las laderas de la Quebrada Cálamo, donde el agrietamiento de muros y pisos, en las viviendas del sector pone de manifiesto la actividad del fenómeno.

En el sector rural, de acuerdo con los estudios que conforman el Plan de Manejo y Ordenamiento de la cuenca Hidrográfica del Río Guarapas, elaborado por la CAM Y el Mapa de amenazas potenciales por procesos erosivos, remoción en masa y régimen de corrientes región sur de la CAM, así como en el proceso de identificación de fenómenos de riesgo adelantado con las Juntas de Acción Comunal, el principal fenómeno que constituye amenaza en la zona rural son los fenómenos de remoción en masa, relacionadas con la morfología del territorio rural, el régimen de lluvias, la degradabilidad de las litologías expuestas, la complejidad estructural de la zona, la pérdida de la cobertura vegetal y por último la gran actividad antrópica en zonas de ladera de fuerte pendiente, también existe un fuerte componente que facilita el movimiento en el sentido de la pendiente topográfica, lo cual hace posible que la eliminación de soporte en la parte inferior induzca a deslizamientos.

Las amenazas por inundación también constituyen un importante fenómeno de riesgo, presentándose comúnmente a lo largo de los ríos y quebradas. Las áreas más propensas a este fenómeno están localizadas a lo largo de los ríos principales de Guarapas, Guachicos, y el propio río Magdalena. De igual forma, debido a la fuerte acción antrópica, existen importantes zonas de amenazas a lo largo de los cauces de las quebradas La Cristalina, El Cedro, Charguayaca, Santa Rita, Zanjones, Aguablanca y Regueros.

La amenaza sísmica es de importancia no solo a nivel municipal si no departamental, ya que todo el departamento se encuentra en una zona de amenaza sísmica alta, además el registro histórico pone de manifiesto eventos con importante incidencia a nivel departamental y nacional,

Otro fenómeno que se puede presentar no sólo en Pitalito, sino en general en el Huila, son los Incendios Forestales, principalmente por su misma esencia en la zona rural.

Según la información reportada desde la dependencia de emergencias y desastres, durante los últimos cuatro años la mayor proporción de casos atendidos han sido por control de avispas y abejas, incendios, fuga de gases, inundaciones y quema de basuras. A continuación se presenta la tabla de eventos distribuido por número de casos y años.



Tabla N° 5. Distribución de Eventos de Emergencias y Desastres Municipio de Pitalito 2012 a 2015

EVENTOS	2012	2013	2014	2015	TOTAL	FREC REL	PROMEDIO	FREC REL 2015
CONTROL DE AVISPA Y ABEJAS	107	187	155	104	553	45,3%	138,3	39,0%
INCENDIOS	50	61	45	61	217	17,8%	54,3	22,8%
FUGA DE GASES	16	31	18	26	91	7,4%	22,8	9,7%
INUNDACIONES	11	58	21	24	114	9,3%	28,5	9,0%
QUEMAS DE BASURAS	31	38	21	19	109	8,9%	27,3	7,1%
RESCATES	22	12	13	17	64	5,2%	16,0	6,4%
DESIZAMIENTO DE TIERRA	3	0	4	9	16	1,3%	4,0	3,4%
QUEMAS AGRICOLAS	1	4	39	7	51	4,2%	12,8	2,6%
EXPLOSIONES	1	0	0	0	1	0,1%	0,3	0,0%
DERRAMES	0	0	0	0	0	0,0%	0,0	0,0%
COLAPSO ESTRUCTURAL	2	1	3	0	6	0,5%	1,5	0,0%
TOTAL	244	392	319	267	1222			

Fuente: Emergencias y Desastres Pitalito

1.2 Contexto demográfico

Población total

La población proyectada para el municipio de Pitalito en el año 2015 es de 125.839 habitantes, según el último censo DANE 2005, de los cuales 74.748 (59,4%) residen en la cabecera municipal y 51.091 (40,6%) en el área rural, proporción que se ha mantenido constante en los últimos cinco años. El 50,4 % son mujeres, el 49,6 % hombres. En comparación al año 2005, la población era de 102.460 habitantes y de acuerdo a la proyección aumentó en 18,6% para el año 2015.

Teniendo como referente los datos de población generados por la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), a 31 de diciembre de 2015 es de 143.535 habitantes encontrando una diferencia con la población DANE del 12%

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

Pitalito cuenta con una alta densidad poblacional, aproximadamente de 188,9 habitantes por Km²; lo cual puede afectar en el área urbana la vivienda, transporte, fuentes de trabajo, servicios urbanos, seguridad ciudadana, marginalidad, etc., en el área rural no se pueden desarrollar proyectos de desarrollo económico o de infraestructura por falta o escasez de mano de obra.



Población por área de residencia urbano/rural

En el municipio de Pitalito su extensión en el área urbana es mayor, 75%, por tal razón la mayor cantidad de población, 59,4% se concentra en esta zona y se dedica a las actividades propias del municipio.

Dado el sistema hidrográfico de Pitalito, la actividad económica en el sector rural del municipio, según el DANE 2005, se clasifica así: Agrícola 58,4%, pecuaria 90,9%, piscícola 2,1%, estas cifras se dan así porque la mayoría de las familias tienen simultáneamente 2 o 3 tipos de actividades; en estas actividades económicas se sigue conservando algunos modelos de producción propios de la región con algún grado de tecnificación, manteniendo constantes las áreas de producción con un ligero incremento especialmente en cultivos de café, frutales de clima frío como: lulo, tomate de árbol, mora, y exóticas como granadilla y pitahaya; en cuanto a ganadería, el municipio de Pitalito con corte a 2010, contaba con 28.924 cabezas de ganado, el 74% es de doble propósito 5% leche y el 21% para Ceba. En cuanto al sector avícola, Pitalito es el primer productor de aves de engorde y quinto en aves de postura en el Departamento, situación que permite un buen comportamiento en la generación de empleo en el sector, dimensiona un potencial para nuevas industrias alimenticias y posiciona a Pitalito como despensa avícola del Sur de Colombia.

A diferencia del área rural, en el área urbana por su misma naturaleza, según lo indicado por el censo DANE de 2005, la economía del sector urbano está fundamentada en el sector comercio, con un 52,7% de negocios que realizan este tipo de actividades, siguen el sector de servicios con el 27,2%, el sector industrial con el 11,4% y el 8,8% que ejercen actividades mixtas. El mismo censo establece que el 97,6% de los establecimientos generan en promedio entre 1 y 10 empleos

El 11,8% de los establecimientos se dedica a la industria, el 52,7% al comercio, el 27,4% a servicios y el 8,2% a otra actividad. Cuales actividades resaltan en cada una

En la zona rural se concentra las actividades agrícolas principalmente café, ganadería, avicultura, porcicultura y piscicultura. Leche, carne, crías.



Tabla 5. Población por área de residencia municipio de Pitalito 2015

Municipio Pitalito	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
TOTAL	74.748	59,4	51.091	40,6	125.839	59,4%

Fuente: Sistema de Información Huila 2016

Grado de urbanización

En cuanto a la ubicación de la población de Pitalito se observa que el grupo más representativo está ubicado en el área urbana con 59,4% que corresponde a 74.548 habitantes, Comparado con el área rural, es de 51.091 habitantes que corresponde al 40,6% de la población total. El grado de urbanización corresponde a la población del área urbana, es decir 59,4%.

La mayor concentración de la población urbana se halla ubicada en la comuna uno (1), la cual corresponde al sector occidental del área urbana del municipio con un 58% de la población urbana, seguida de la comuna dos (2), conformada por los barrios localizados en el sector este con 27%, le sigue en densidad la comuna cuatro (4), que se ubica en la zona sur 12%, y finalmente la comuna tres (3), que corresponde al centro de la ciudad con el 3% restante.

El corregimiento que mayor población registrada, corresponde al corregimiento de Bruselas con un promedio de 31,19%, seguido del corregimiento de Criollo con una participación promedio del 17,90% sobre el total de la población. Por el contrario el corregimiento de la Laguna es el de menor concentración de población en la zona rural con un promedio del 4.33%.

Número de viviendas

En el municipio de Pitalito hay 22.870 viviendas, de las cuales en zona urbana se ubican el 59,5% que corresponde a 13.608 unidades habitacionales, en zona rural el 40,5%, cerca de 9.263 viviendas.

El tipo de vivienda son casas 89%, de las cuales el 76% tienen paredes de tapia pesada, adobe o bahareque.

En el área urbana el 73,5% de las viviendas tienen piso en cemento o gravilla y en área rural el 46% el piso es de cemento o gravilla y el 42% de tierra.

Número de hogares

Según el Censo Dane 2005, el municipio de Pitalito cuenta con 25.020 hogares de los cuales 55,9% (13.991 hogares) son de vivienda propia y el 29,6% (7427 hogares) viven arrendados.

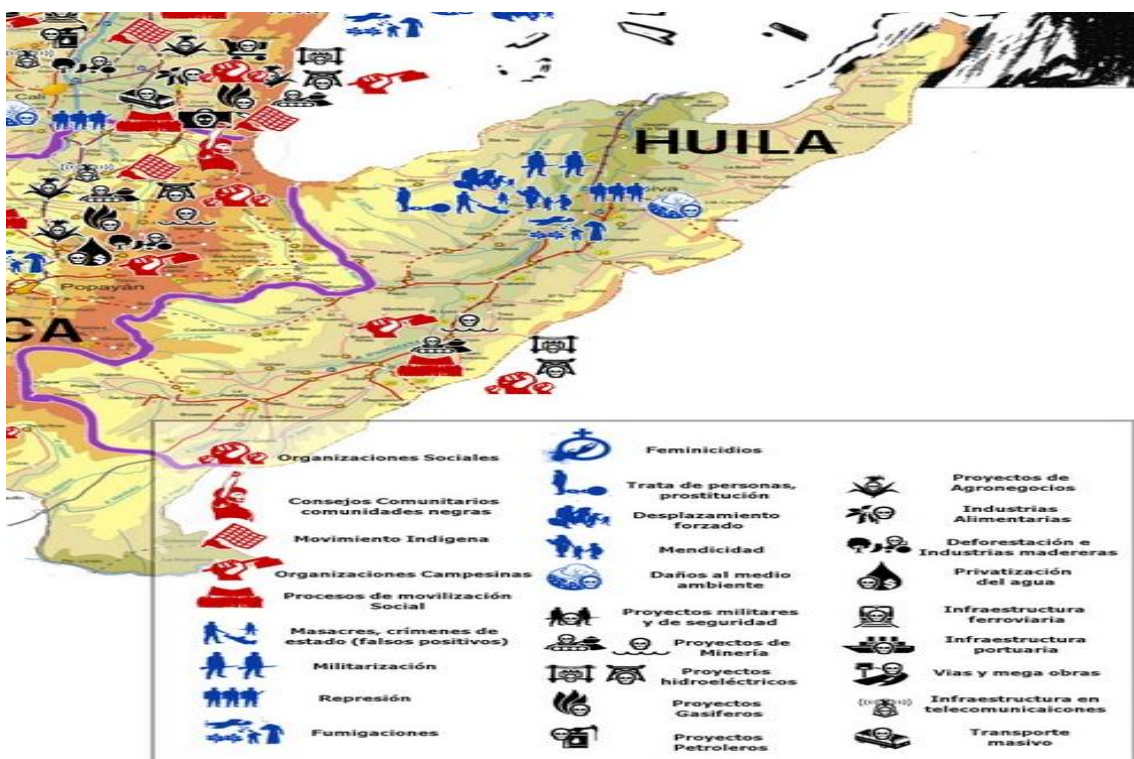
Población por pertenencia étnica

Según las estadísticas DANE se estima que para el Departamento del Huila la población indígena es del 1% proporción que se mantiene en Pitalito con el 0,8% y la afrocolombiana de un 5% del total, sin embargo en el municipio dicha proporción es menor con sólo el 2.3%.

En el Departamento del Huila existen actualmente dos Asociaciones Indígenas legalmente constituidas y reconocidas por el Ministerio del Interior y de Justicia, estas son la Asociación de Cabildos Indígenas del Huila-ACIHU Y el Consejo Regional Indígena del Huila - CRIHU.

De igual forma en el Departamento del Huila, existen dos Asociaciones de Afrodescendientes: Afrocolombianos en el Huila, AFROHUILA y Afrocolombianos Residentes en el Huila AFROCOLHUILA, todos estos con ubicación en los 37 Municipios del Departamento, con una población aproximada de 11.537 personas.

Mapa 4. Población pertenencia étnica del departamento del Huila, 2011



Fuente: Mapa Etnográfico 2011.



En el municipio de Pitalito los Grupos Étnicos se encuentran identificados y organizados, pero no se ha podido establecer un censo del total de la población y actualmente se encuentra caracterizada por parte del ente territorial la siguiente información

La población indígena en el municipio de Pitalito pertenece a la comunidad Yanacona, conformada por el cabildo Rumiyaco, El Rosal e Intillagta. Según el DANE, en promedio, el 0,8% de la población total del municipio de Pitalito pertenece a la población indígena, las cuales agrupan un total de 375 familias y 1665 personas, según el listado censal indígena del año 2015.

Tabla 6. Población indígena en el municipio de Pitalito 2015

CABILDO/ RESGUARDO	Población Total	N° de Familias	MUJERES	HOMBRES
INTILLAGTA	670	156	308	362
EL ROSAL	674	124	407	267
RUMIYACO	321	95	162	159

Fuente: Listado Censal Indígena 2015

En cuanto a la población en el municipio de Pitalito que se reconoce como raizal, palenquero, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente según el DANE es en promedio el 2,3% del total de la población existente en el municipio.

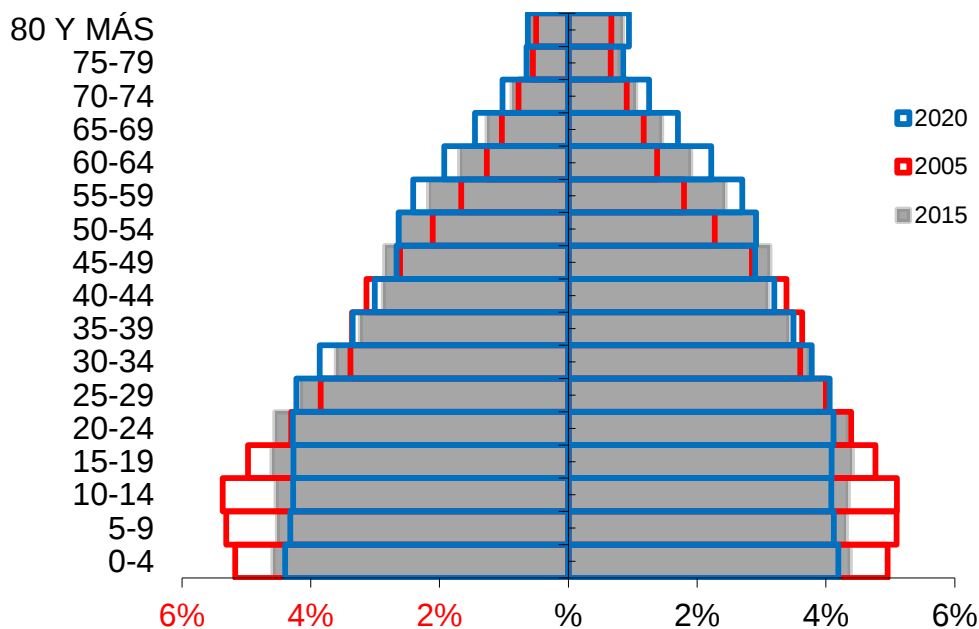
1.2.1. Estructura demográfica

La estructura demográfica del municipio de Pitalito es parecida a la del departamento del Huila ya que presenta una dinámica poblacional similar en cuanto a crecimiento y estructura como se muestra a continuación, teniendo Huila una población más envejecida.

Por otra parte la pirámide poblacional es de tipo expansivo, con tendencia a estacionaria por el aumento de la población madura de 30 a 49 años y denota los primeros estadios de la transición demográfica, lo cual se demuestra una gran concentración de población joven y laboralmente activa además una reducción de la población adulta mayor.

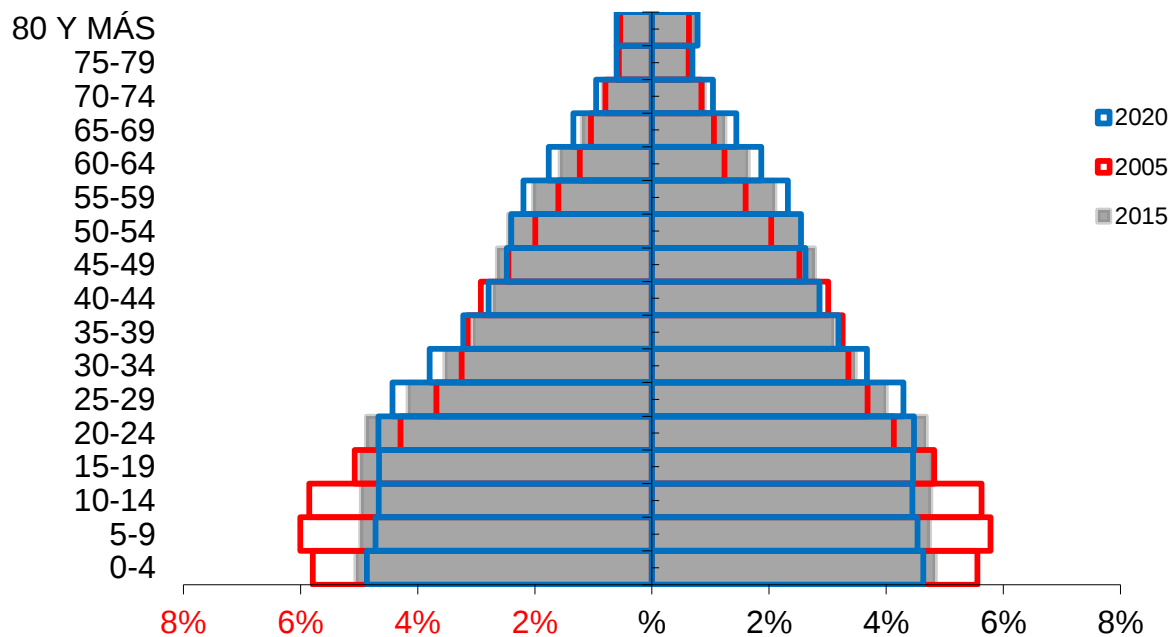


Figura 1 Pirámide poblacional del municipio de Pitalito, 2005, 2015, 2020



Fuente: Censo Dane 2005

Figura 2. Pirámide poblacional del Departamento de Huila, 2005, 2015, 2020



Fuente: Censo Dane 2005



Población por grupo de edad

La pirámide poblacional del municipio de Pitalito Huila es progresiva, pero su tendencia es a estacionaria y señala el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento de la base para el año 2015 en comparación al año 2005, proyectándose para el año 2020 un ligero estrechamiento. Los grupos con mayor población son los intermedios y a medida que avanza se estrecha más en la población mayor presentando un descenso en la mortalidad.

Tabla 4. Proporción de la población por ciclo vital, municipio Pitalito Huila 2005, 2015 y 2020.

Ciclo vital	2005		2015		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	14.675	14,32	15.426	12,25	16.250	11,75
Infancia (6 a 11 años)	15.296	14,92	15.191	12,07	15.747	11,39
Adolescencia (12 a 18 años)	15.621	15,24	18.053	14,34	18.330	13,25
Juventud (14 a 26 años)	24.079	23,50	31.963	25,39	33.757	24,41
Adulthood (27 a 59 años)	35.746	34,88	47.161	37,47	53.934	39,01
Persona mayor (60 años y más)	7.803	7,61	10.997	8,73	13.365	9,66
Total	102.460		125.839		138.245	

Fuente: Censo Dane 2005.

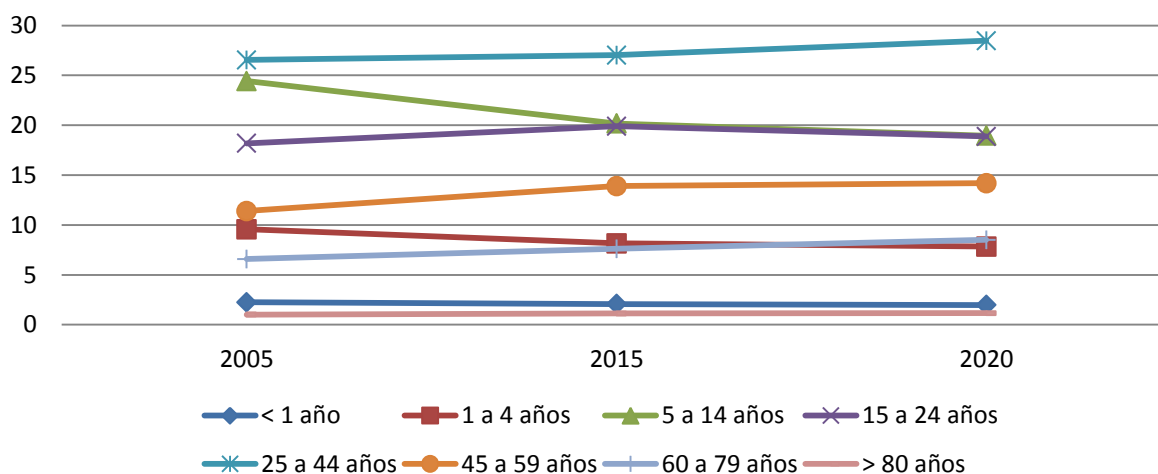
Al igual que lo refiere la pirámide poblacional, la concentración de población se da en grupos de 27 a 59 años, 37,47%, indicando una amplia concentración de gente joven con problemática definida como lo es la ocupación del tiempo libre facilitando el consumo de sustancias psicoactivas, embarazos a temprana edad, actos delictivos, entre otros, y falta de alternativas laborales.

En la siguiente grafica se observa la dinámica poblacional por grupos etareos en el municipio de Pitalito, preserva la similitud en cuanto distribución desde el 2005 hasta el 2020 para los menores de un año y la población mayor de 80 años, la primera con leve tendencia al descenso y la última al aumento; la población de 1 a 14 años disminuye en el tiempo, las poblaciones de 15 a 24 aumenta pero nuevamente disminuye y los de 25 a 79 años aumentan en el tiempo,



esto refleja una disminución en la natalidad y mortalidad, aumento de los grupos intermedios por lo tanto un aumento de la población económicamente activa para el municipio.

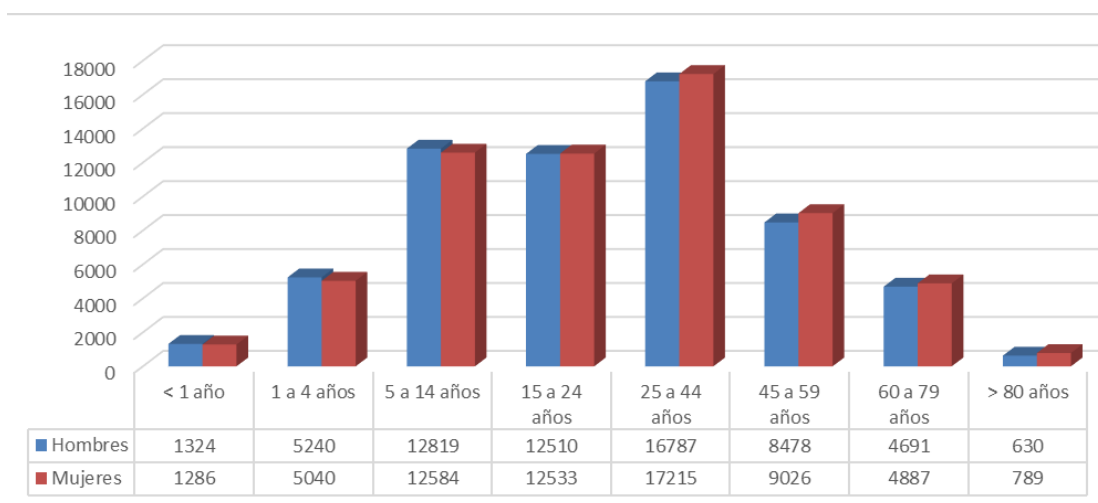
Figura 4. Cambio en la proporción de la población por grupo etareos, municipio de Pitalito 2005, 2015 y 2020



Fuente: Censo Dane 2005

En el municipio de Pitalito Huila la población con menor proporción son los extremos de la vida, los menores de 1 año y los mayores de 80 años. La población con mayor proporción es de 25 a 44 años, seguida de los menores de 5 a 14 años y de 15 a 24 años. Es decir, la mayor proporción está en la población económicamente activa que representa la fuerza laboral y estudiantil que a su vez tiene dificultades en fuentes laborales y en oportunidades de estudios superiores.

Figura 5. Población por sexo y grupo de edad del municipio de Pitalito, 2015



Fuente: Censo Dane 2005.

Otros indicadores demográficos

De acuerdo al censo del año 2005, la proyección para el municipio de Pitalito Huila de su población en el 2015 es de 125.839 habitantes, 18,5% más poblado que en el año 2005.

La relación hombre: mujer para el 2015 es por cada 99 hombres hay 100 mujeres, indicador relativamente constante desde el año 2005, que fue ligeramente similar.

Para el año 2005 por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 47 niños entre 0 y 4 años, para el año 2015 esta cifra descendió a 39.

Para el año 2015 la población menor de 15 años corresponde al 30.43% (38293) de la población total, 5.77% menos que para el año 2005 cuando aportaba el 36,2%.

Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 5,82% de la población mostrando un incremento de 0,42 con respecto al año 2005 cuando aportaba 5,39%.



Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2005 por cada 99 hombres, había 100 mujeres, igual que para el año 2015 por cada 99 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2005 por cada 47 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49 años), mientras que para el año 2015 por cada 39 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2005 de 100 personas, 36 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 30 personas
Índice de juventud	En el año 2005 de 100 personas, 26 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 28 personas
Índice de vejez	En el año 2005 de 100 personas, 8 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 9 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2005 de 100 personas, 21 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 29 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 71 personas menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 57 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2005, 62 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2015 fue de 48 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2005, 9 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2015 fue de 9 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.



Tabla 5. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Pitalito, 2005, 2015, 2020.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2015	2020
Poblacion total	102.460	125.839	138.245
Poblacion Masculina	50.853	62.479	68.616
Poblacion femenina	51.607	63.360	69.629
Relación hombres:mujer	98,54	98,61	98,55
Razón niños:mujer	47	39	37
Índice de infancia	36	30	29
Índice de juventud	26	28	28
Índice de vejez	8	9	10
Índice de envejecimiento	21	29	34
Índice demografico de dependencia	71,40	56,87	54,32
Índice de dependencia infantil	62,15	47,74	44,43
Índice de dependencia mayores	9,25	9,13	9,89
Índice de Friz	194,79	167,98	154,84

Fuente: Censo Dane 2005

1.2.2. Dinámica demográfica

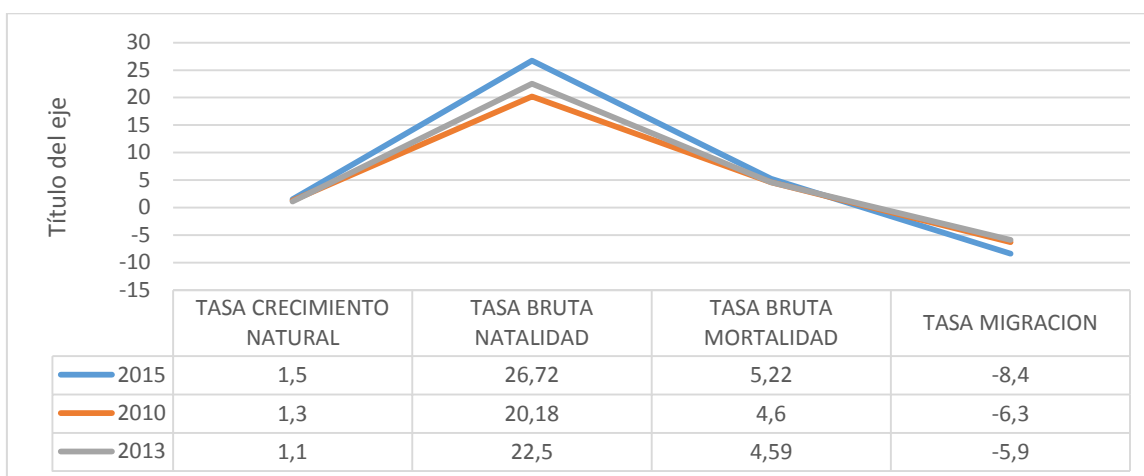
En la dinámica demográfica se describe la tasa de crecimiento natural, la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad para el municipio de Pitalito. Los demás indicadores se describen para el departamento.

- Tasa de Crecimiento Natural: Expresa la diferencia entre los nacimientos y las defunciones. Para el año 2013 es de 304,34, como los nacimientos son mayores a las defunciones se considera como una población creciente.
- Tasa de Crecimiento Total o exponencial: Aunque la tasa de crecimiento exponencial para el Huila en el periodo 2005 al 2010 es de 1.38, se encuentra por encima de la media nacional para el mismo periodo la cual es de 1.18, esto indica que la población se encuentra en crecimiento poblacional moderado siguiendo la dinámica nacional pero estando por debajo de departamentos como la Guajira, Cundinamarca y Amazonas los cuales presentan tendencias elevadas en su crecimiento poblacional.
- Tasa Bruta de Natalidad: Mide el efecto de la fecundidad sobre el crecimiento de la población. Para el municipio de Pitalito en el año 2013 es de 22,5 y según datos preliminares DANE el 2015 de 19,05.



- Tasa Bruta de Mortalidad: Mide el riesgo a morir a que está expuesta la población. Para el año 2013, la TBM es de 4,59 por mil habitantes para el municipio de Pitalito y según datos preliminares DANE el 2015 de 4,48

Figura 2 Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes del Municipio de Pitalito 2005 al 2013

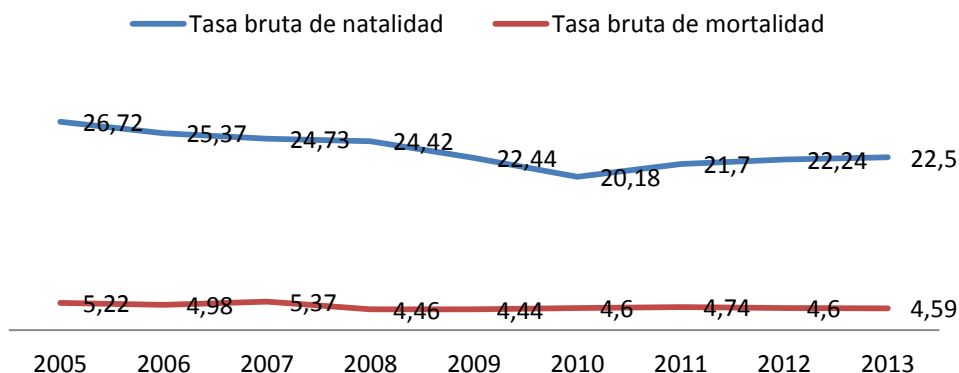


Fuente: Base de Datos Sispro 2013

La tasa bruta de natalidad presentó un descenso constante hasta el año 2010 e incrementa nuevamente, lo que refleja cambio en la estructura familiar (núcleos familiares integrados por 1 o máximo 3 hijos), además la oferta de servicios de planificación familiar la cual ha presentado un incremento del 17.9% en los últimos 5 años con un 67.7% de cobertura para el 2015 lo cual ha generado conductas de natalidad bajas. Sin embargo a deben fortalecer las acciones principalmente en la población adolescente, ya que actualmente **el embarazo en adolescentes es del 28% (META PDSP 15%)**.

Por otra parte la tasa bruta de mortalidad se ha mantenido en el tiempo desde el año 2005 al año 2013, lo que refleja el aumento de la población adulta en el municipio.

Figura 3. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del municipio de Pitalito 2005 a 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Otros indicadores de la dinámica de la población

A continuación se describe la capacidad reproductiva del departamento del Huila, puesto que para el municipio de Pitalito, solo hay información de los indicadores de fecundidad.

- Tasa General de Fecundidad: Para el municipio de Pitalito en el año 2013 la Tasa general de Fecundidad es de 114,23 por 1000 mujeres en edad fértil, de 15 a 49 años de edad.
- Tasa Global de Fecundidad –TGF: Para el departamento del Huila la Tasa Global de fecundidad para el año 2012 es de 2,6. Indica que el número promedio de nacimientos es de 2,6 hijos e hijas de cada mujer durante su vida fértil que no estuvo expuesta a riesgos de mortalidad en su periodo fértil.
- Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: Para el departamento del Huila es de 4,43 por cada 100 mujeres en edad reproductiva de 10 a 14 años para el año 2013.
- Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: Para el municipio de Pitalito Huila es de 6,59 por cada 100 mujeres en edad reproductiva de 10 a 14 años para el año 2013
- Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: Para el departamento del Huila es de 92,05 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva entre 15 a 19 años para el año 2013.



- Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: Para el municipio de Pitalito Huila es de 114,23 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva entre 15 a 19 años para el año 2013.
- La Edad Media de Fecundidad: En el departamento del Huila para el año 2012 corresponde a 26,52, edad promedio en que las mujeres huilenses tienen sus hijos
- La Tasa de Reproducción neta: En el departamento del Huila para el año 2012 es de 1,22, número promedio de hijas que tendrán las mujeres.

Tabla 6. Otros indicadores de la dinámica de la población del departamento Huila, 2010 – 2013

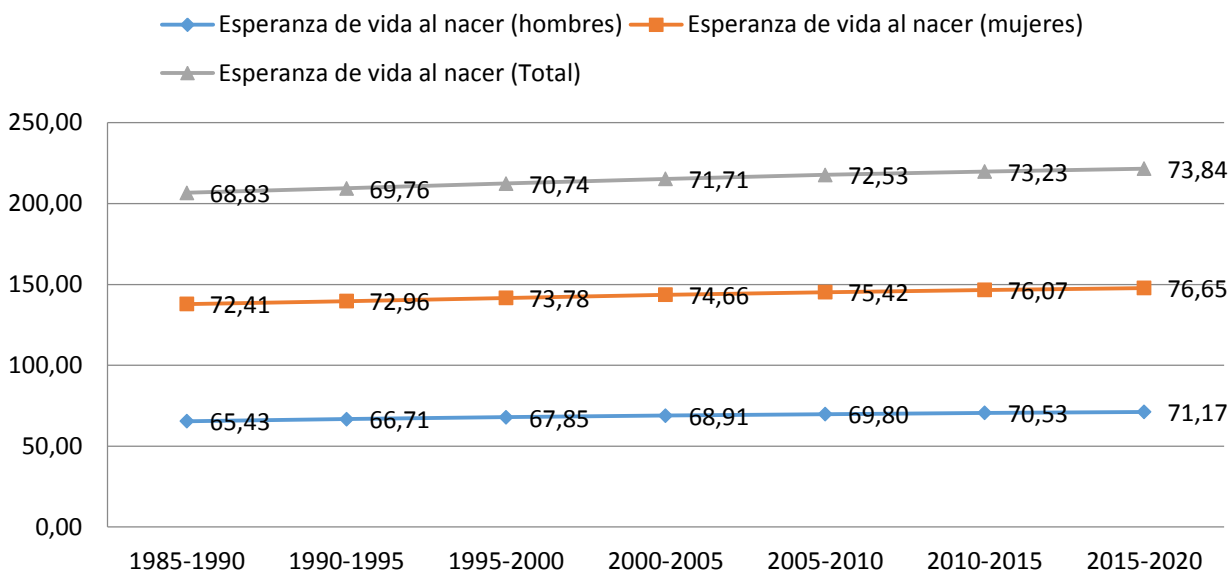
Indicador	valor
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada) para Pitalito	114,23
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 – 2015)	2,62
Edad media de fecundidad -EMF (estimada)	26,52
Tasa de reproducción neta (estimada)	1,28
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años en Pitalito	6,59
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años en Pitalito	114,23

Fuente: Indicadores Demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020. Dane

Esperanza de vida

La Esperanza de Vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud, representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

Figura 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento del Huila, 1995 – 2020



Fuente: Aplicativo Sispro 2013

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 el 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 municipio de Pitalito, se considera RECEPTOR y como la mayoría de municipios del Huila vive la situación del desplazamiento interno, en donde el conflicto armado es una de las principales causas de desplazamiento de veredas al casco urbano, alcanzando un 78% y amenazas 20%, la otra causa son los eventos catastróficos naturales como inundaciones y derrumbes donde la población afectada tiene que dejar su hogar (vivienda, enseres, cultivos, semovientes) para buscar proteger su vida y la de su familia que alcanza un 1%. Según el análisis de Registro único de Víctimas el Índice de Riesgo de Victimización el cual mide la posibilidad de que una amenaza en un lugar y tiempo determinado se convierta en una violación efectiva a un derecho fundamental, para el 2015 en el municipio es de 0,256 ubicándolo en un riesgo Medio.



Tabla 7. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, municipio de Pitalito Huila,

Grupo de edad	No. Mujeres victimizadas de desplazamiento	No. Hombres victimizados de desplazamiento	No. LGBTI victimizados de desplazamiento
0 a 4 años	597	603	0
05 a 09 años	890	976	0
10 a 14 años	1084	1056	0
15 a 19 años	1045	1049	1
20 a 24 años	1153	1062	1
25 a 29 años	1149	826	1
30 a 34 años	978	730	2
35 a 39 años	871	675	2
40 a 44 años	727	577	0
45 a 49 años	611	510	0
50 a 54 años	410	434	0
55 a 59 años	337	290	0
60 a 64 años	209	209	0
65 a 69 años	136	179	0
70 a 74 años	94	102	0
75 a 79 años	62	92	0
80 años o más	110	128	0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO

LGBTI: Lesbianas, Gays, Bisexuales y personas Transgénero



El 15,8% de la población del municipio ha sido víctima de desplazamiento. El 52,3% de la población en situación de desplazamiento es femenina, un 0,3% pertenece la población LGTBI, el porcentaje restante al género masculino. 26% son menores de 14 años y 7% es población adulta mayor (mayor de 60 años), lo que indica que la mayoría de la población en situación de desplazamiento es la considerada como económicamente activa, de 15 a 59 años, con una frecuencia de 67%, llegando a aumentar el desempleo y por consiguiente la situación de pobreza de la población en situación de desplazamiento del municipio.

Conclusiones

El municipio de Pitalito cuenta con vías de acceso terrestres que a pesar de no encontrarse pavimentadas se encuentran en adecuado mantenimiento tanto para los municipios vecinos como para las veredas. La amplia extensión y concentración de población del área rural hace necesario asegurar la prestación de servicios básicos de salud en puntos estratégicos. La proyección de su población en el 2015 es de 125.839 habitantes según censo DANE 2005, encontrando una diferencia con BDUA del 12% (143.535 habitantes), lo cual puede estar relacionado con la población flotante que permanece en el municipio. La población en el área urbana es de 74.548 (59,4%) y 51.091 (40,6%) en el área rural. El 50,4 % son mujeres, el 49,6 % hombres. La población es creciente y adulta joven, es decir económicamente activa con la mayor proporción dentro de la población total. La densidad poblacional que presenta el municipio, puede afectar en el área urbana la vivienda, transporte, fuentes de trabajo, servicios urbanos, seguridad ciudadana, marginalidad, etc., en el área rural no se pueden desarrollar proyectos de desarrollo económico o de infraestructura por falta o escasez de mano de obra

La concentración de población se da en grupos de 27 a 59 años, 37,47%, indicando una amplia concentración de gente joven con problemática definida como lo es la ocupación del tiempo libre facilitando el consumo de sustancias psicoactivas, embarazos a temprana edad, actos delictivos, entre otros, y falta de alternativas laborales.

La tasa de crecimiento natural para el año 2011 es de 16,96, como los nacimientos son mayores a las defunciones se considera como una población creciente. La tasa Bruta de Natalidad para Pitalito en el año 2013 es de 22,5 por 1000 habitantes, el cual presenta un incremento en los últimos tres años, después de un comportamiento de 6 años al descenso y con los datos preliminares del DANE se observa nuevamente tendencia a la disminución, obteniendo para el 2015 una TBN de 19,05, de igual manera se observa una TBN mayor que para el departamento que es de 18,41 y la tasa Bruta de Mortalidad TBM para el año 2013, es de 4,59 por 1.000



habitantes para el municipio, comportamiento estable durante los últimos 5 años, con los datos preliminares del DANE el comportamiento es muy similar alcanzando para el 2015 de 4,48 y es mayor a la del departamento que es de 4,3, e cuales se encuentra

En el Municipio de Pitalito se presentan cifras significativas (15,8%) de hombres y mujeres victimizadas de desplazamiento residentes en el municipio en edad productiva, lo que eleva de los índices de pobreza, agudiza los conflictos armados internos y modifica las formas de ocupación y prácticas culturales.

1.2 ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

Se realiza 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

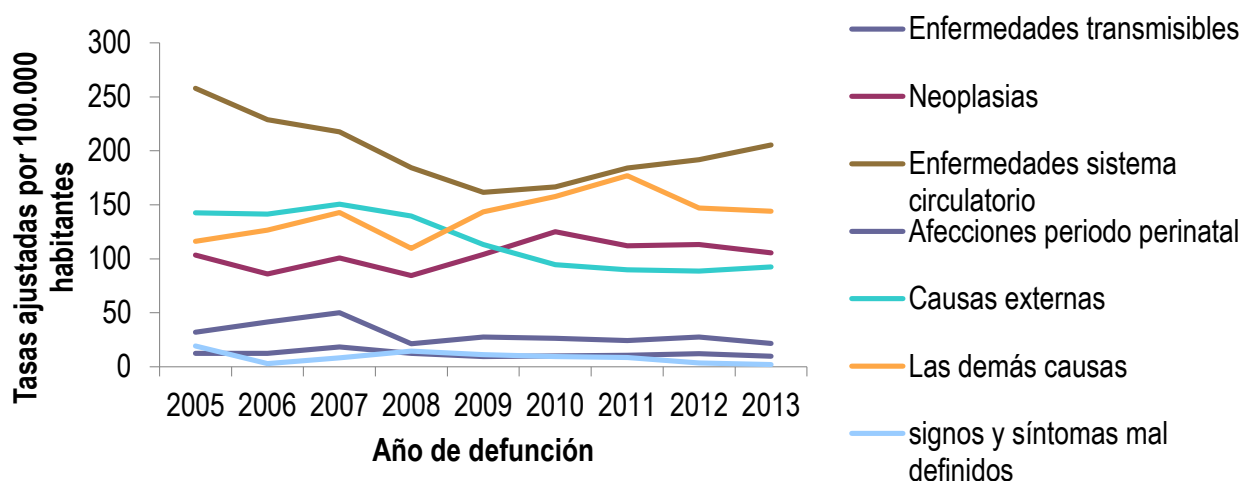
Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagrega por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible 2013. El análisis de mortalidad general por grandes causas se hace por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo.

El municipio de Pitalito presenta una tasa constante de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio durante el periodo de estudio con picos en el año 2005 y 2013. Las causas externas en donde se encuentran las lesiones autoinflingidas y las agresiones, se consideran la segunda causa de mortalidad durante los años 2005 al 2008 y luego muestra una tendencia a disminuir, en comparación a las Demás Causas que tienden a aumentar del 2009 al 2013 con un pico máximo en el 2011.

Las neoplasias también muestran tasas significativas como causas de mortalidad con un pico máximo en el año 2010



Figura 5. Tasa de mortalidad ajustada por grandes causas del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



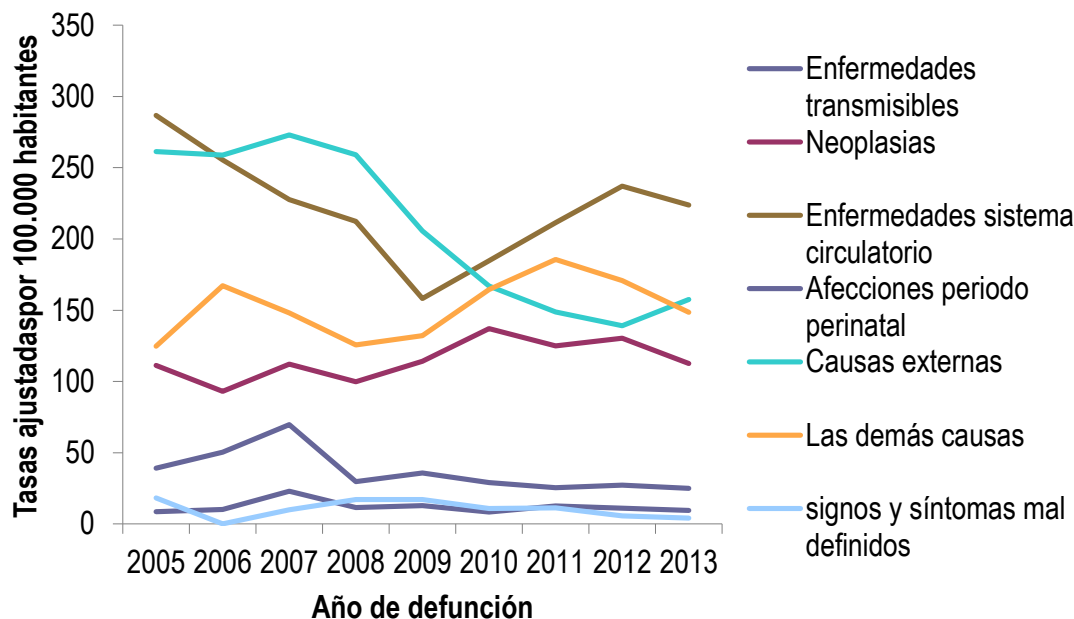
FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En la población masculina el comportamiento de las tasas ajustadas por edad para el municipio se manifiesta inicialmente con las Causas Externas del 2005 al 2008 con tendencia a disminuir gracias a las medidas preventivas adoptadas por el municipio hasta el año 2012, en el año 2013 muestra un ligero aumento en la presentación de estos eventos; las enfermedades del sistema circulatorio presentan su máximo pico en el año 2005 con una marcada disminución hasta el año 2009, donde se presenta un incremento en la presentación de los casos alcanzando un pico elevado hacia el año 2012 y una leve disminución para el año 2013.

Las Demás Causas alcanzan sus picos máximos en los años 2006 y 2011 alcanzando tasas por encima de 150 por 100.000 habitantes, para el año 2013 se presenta un descenso en la presentación de los casos.

Las neoplasias se mantienen constantes con tasas superiores a 100 por 100.000 habitantes.

Figura 6. Tasa de mortalidad ajustada por grandes causas para los hombres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



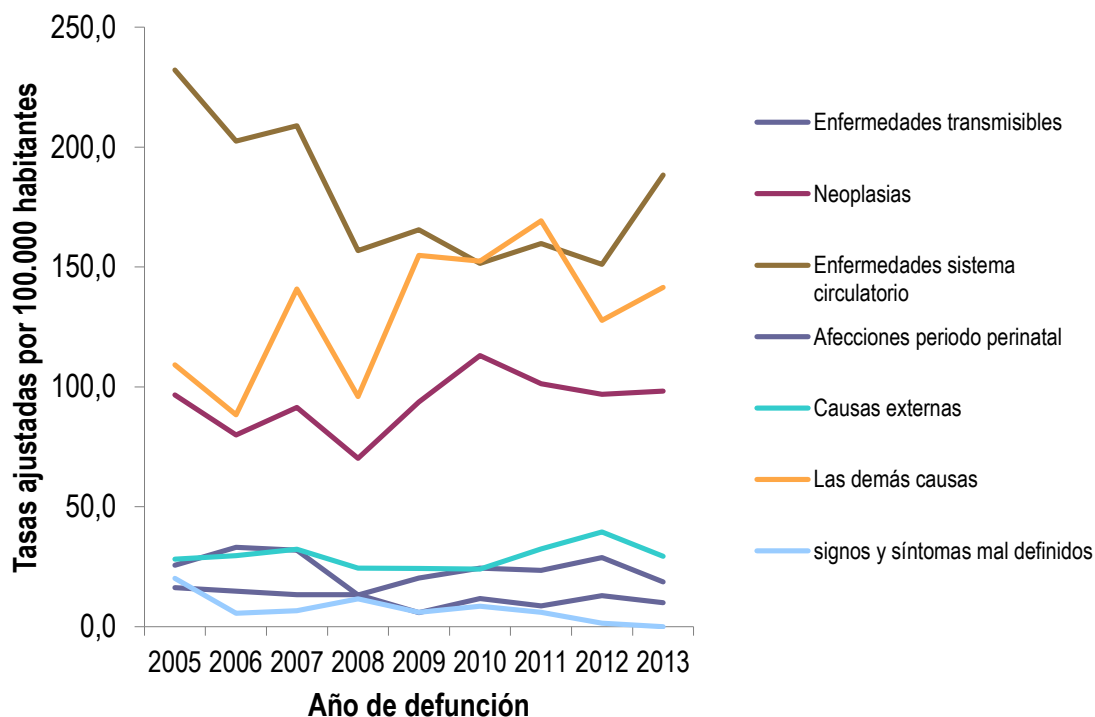
FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En la población femenina el comportamiento las enfermedades del sistema circulatorio presentan tasas mayores de mortalidad en comparación a la población masculina con pico máximo en el año 2005 y 2007, para el año 2008 muestra un descenso marcado hasta el año 2012 con una tasa constante por encima de 150 por 100.000 habitantes, para el año 2013 se presenta de nuevo un incremento significativo con una tasa de 200 por 100.000 habitantes.

A las enfermedades del sistema circulatorio le siguen las tasas de mortalidad por las demás causas donde aparecen las enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades del sistema circulatorio con pico en el 2009 y 2011, comportamiento similar a la presentación en los hombres para el año 2011.

Las neoplasias aparecen en todo el periodo de estudio con un pico en el 2010 con una tasa por encima de 100 por 100.000 habitantes con una leve disminución para el año 2011 y manteniendo la tendencia hasta el año 2013.

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por grandes causas para las mujeres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Al realizar la comparación de las mortalidades ajustadas por grandes causas de mortalidad en Hombres y Mujeres, se aprecia que la divergencia más notoria son las causas externas ya que es una de las principales causas de mortalidad en los hombres mientras que en las mujeres no es relevante, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio llama la atención ya que una de las causas principales de mortalidad para los dos grupos poblacionales.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

En complemento con las tasas de mortalidad ajustada por edad para hombres y mujeres, se presentan los datos estimados del indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos, AVPP, comparando el comportamiento de la tendencia entre 2005 y 2013, se analizan los cambios por sexo y las causas de mortalidad que presentan mayor incidencia sobre la mortalidad prematura para estimar los AVPP.



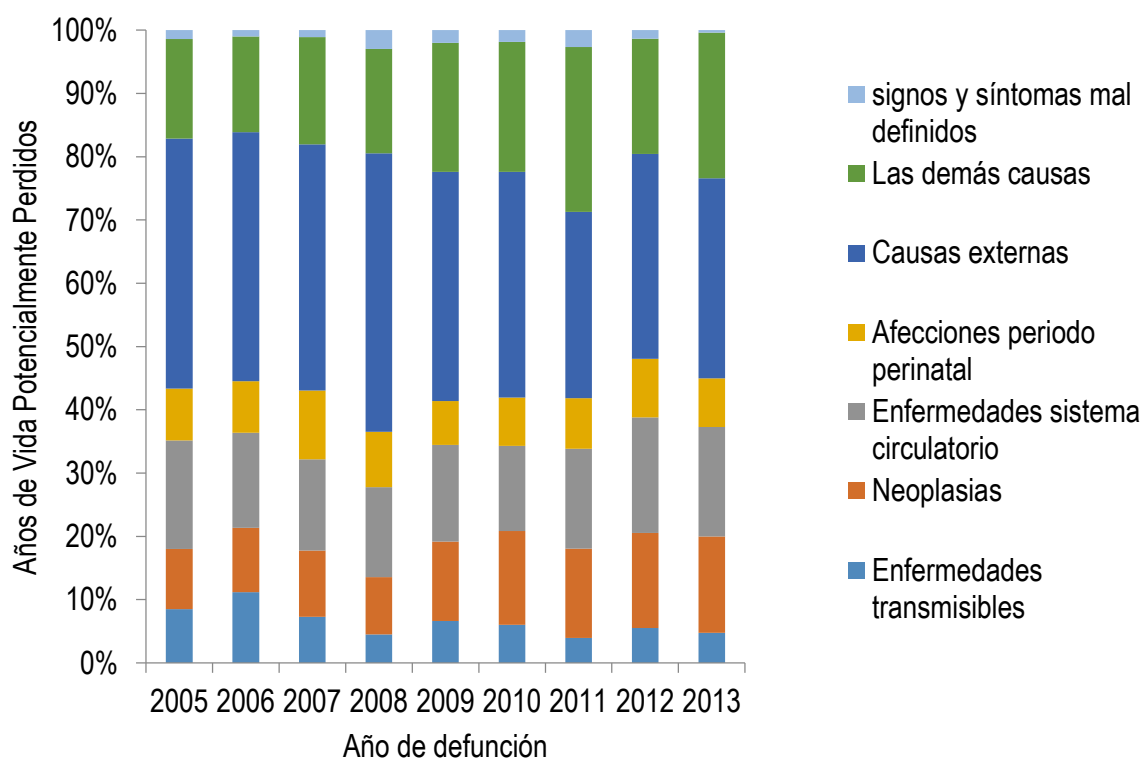
Para el periodo 2005 al 2013, en la población total del municipio de Pitalito, las causas externas son la principal causa de años de vida potencialmente perdidos – AVPP, las cuales incluyen las lesiones auto infringidas y agresiones.

Se puede considerar las demás causas como la segunda causa de AVPP en el municipio y las enfermedades del sistema circulatorio como la tercera causa de AVPP.

Las neoplasias contribuyen a AVPP en todos los años de estudio pero con menor proporción.

Las afecciones en el periodo perinatal aportan un porcentaje muy pequeño para los AVPP.

Figura 8. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 del municipio de Pitalito Huila, 2005 - 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

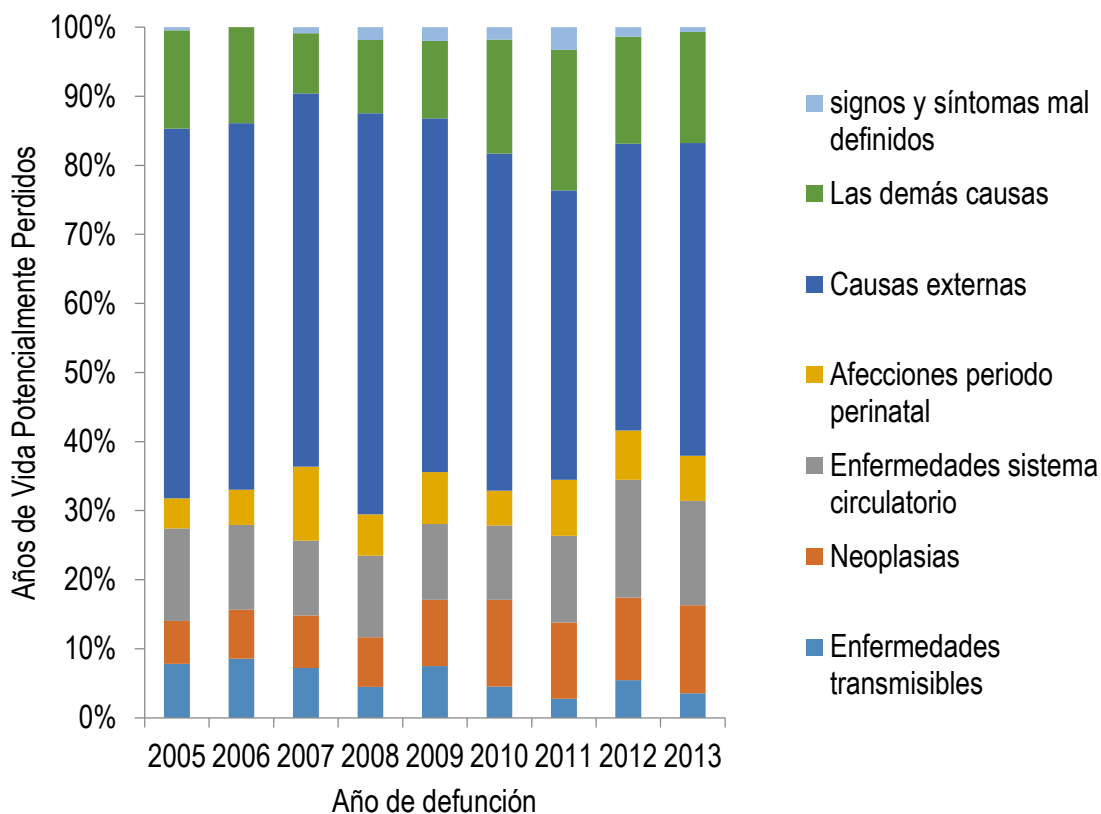
Las causas externas aportan la mayor frecuencia sobre la mortalidad prematura en hombres del Municipio de Pitalito con cerca del 50% de frecuencia, seguido de las mortalidades causadas por enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas que se presentan en porcentajes similares.



Las neoplasias alcanzan una frecuencia significativa a partir del año 2009 como AVPP para la población masculina del Municipio de Pitalito, alcanzando una frecuencia similar para el año 2013 a las enfermedades del sistema circulatorio.

En cuanto a las Enfermedades transmisibles y afecciones periodo perinatal para los AVPP de la población masculina del Municipio presentan frecuencias similares poco significativas comparadas a los otros grupos de causas según la lista 6/67.

Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres del municipio de Pitalito Huila, 2005 - 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



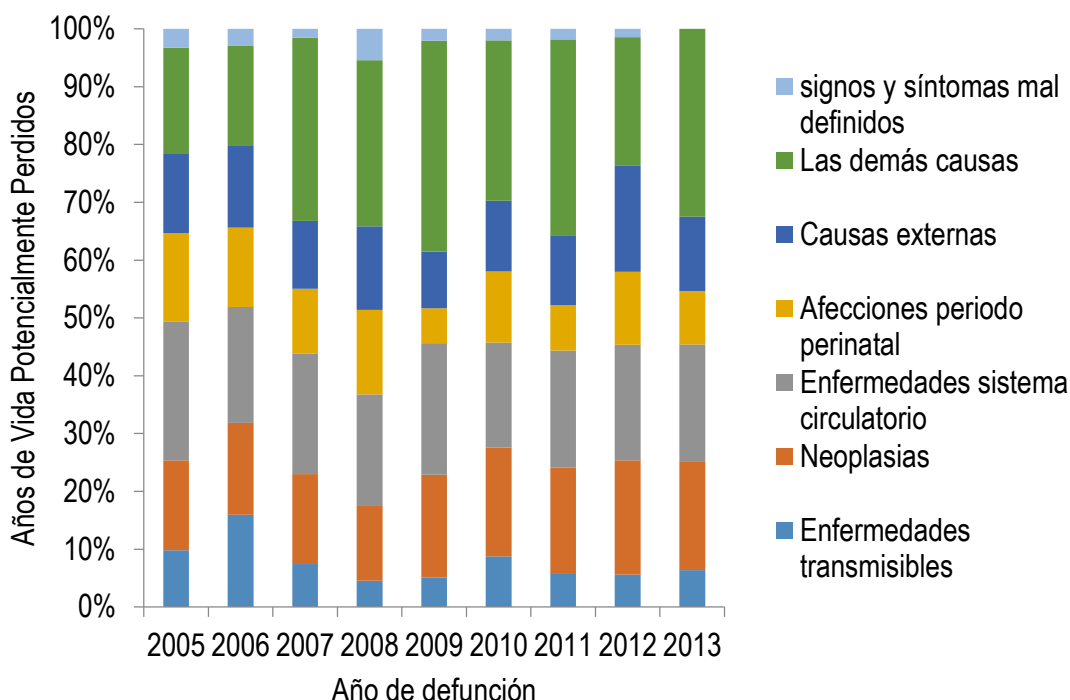
En el periodo de estudio del año 2005 al 2013, para la población femenina las demás causas son la principal causas de mortalidad prematura para la población femenina del Municipio de Pitalito, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio.

Las neoplasias en esta población tienen valores significativos en todos los años, en valores similares a las enfermedades del sistema circulatorio siendo estas las segundas causas de AVPP en las mujeres.

En cuanto a las Afecciones del periodo perinatal, las causas externas y las enfermedades transmisibles tienen una presentación similar en su frecuencia para este grupo poblacional.

Los signos y síntomas mal definidos tienen una frecuencia mínima en la población femenina del año 2005 al 2012, para el año 2013 esta no fue causa de AVPP.

Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en mujeres del municipio de Pitalito Huila, 2005 - 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 – 2013



Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Se calcula la tasa de AVPP ajustada por la edad, se compara la tasa de mortalidad por las grandes causas y la tasa de AVPP ajustada.

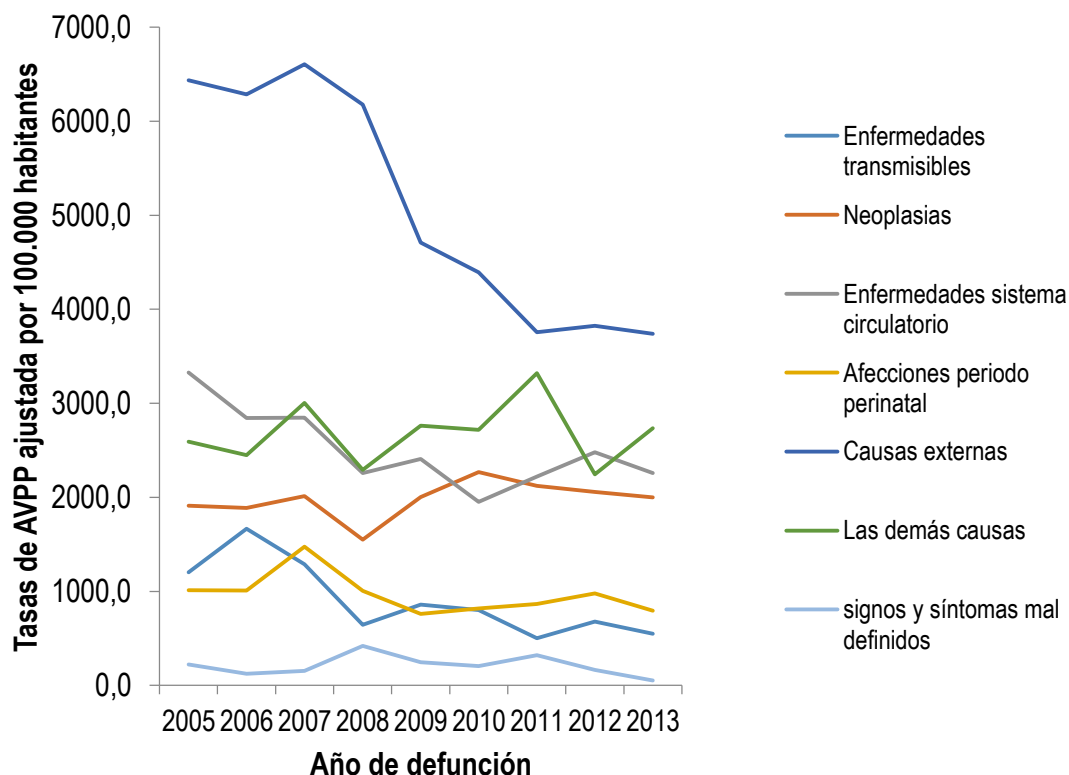
Las Causas Externas representan la mayor tasa de mortalidad en la población del municipio de Pitalito durante el periodo de estudio de 2005 a 2013 con un pico en el año 2006, donde las agresiones y las lesiones auto infringidas tienen la mayor frecuencia principalmente en la población masculina, para los años 2011 a 2013 su presentación es constante con una tasa de AVPP 4000 por 100.000 habitantes.

Las demás causas donde están incluidas las enfermedades crónicas y por sistemas tienen un pico elevado en los años 2007 y 2011.

Las enfermedades del sistema circulatorio para el año 2005 presentan una tasa por encima de 3000 por 100.000 habitantes con una disminución en los años siguientes por debajo de este valor, manteniéndose con una tasa constante de mortalidad hasta el año 2013.

Las neoplasias se mantienen en forma constante en el periodo de estudio y las enfermedades transmisibles tienen un ligero incremento en el 2006.

Figura 11. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Tasa de AVPP ajustada por edad en mujeres

En comparación con la población masculina, la población femenina presenta picos de incidencia de tasas de años de vida potencialmente perdidos de mortalidad por varias causas siendo muy irregular su presentación.

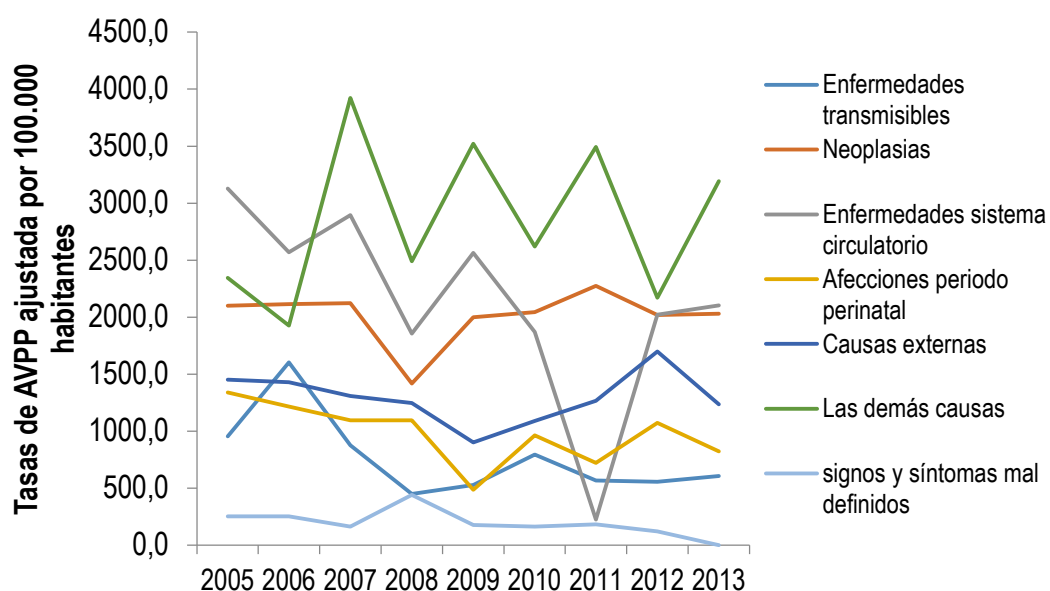
Es así como las demás causas tiene una alta incidencia de AVPP con un pico máximo en el año 2007 de 4000 por 100.000 habitantes con una presentación irregular donde se presentan picos elevados y disminuciones marcadas con tasas entre 2.500 y 3.500 por 100.000 habitantes.

Las enfermedades del sistema circulatorio presentan una tendencia a disminuir en el periodo de estudio alcanzando su valor mínimo en el año 2011 y elevando un pico para el año 2012 con una diferencia significativa pasando con una tasa de 500 por 100.000 habitantes a una tasa de 2000 por 100.000 habitantes, manteniéndose constante para el año 2013.



Siguen las neoplasias con una tasa de AVPP relativamente constante, seguido de las causas externas.

Figura 12. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en los mujeres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

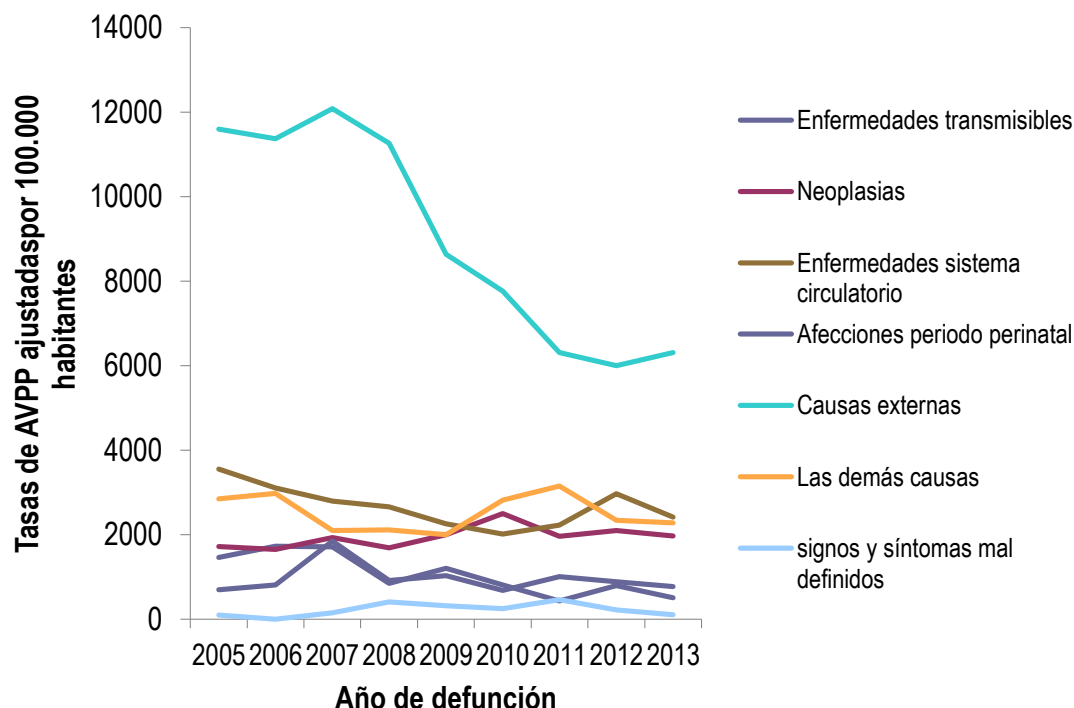
Tasa de AVPP ajustada por edad en las hombres

En la población masculina la tasa de mortalidad por Causas Externas es la principal responsable de los años de vida potencialmente perdidos en todos los años de estudio con mayor incidencia en el año 2007 y con tendencia a disminuir en los siguientes años con una tasa por encima de 6000 por 100.000 habitantes.

Las demás causas, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias presentaron una incidencia constante por debajo de 4000 por 100.000 habitantes para la población masculina del municipio en el periodo de estudio.

En cuanto a signos y síntomas mal definidos, afecciones periodo perinatal y enfermedades trasmisibles tienen una tasa por debajo de 2000 x 100.000 habitantes, siendo estas las de menor presentación en este grupo poblacional.

Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

2.1.2. Mortalidad específica por subgrupo

Tasas ajustadas por la edad

Se realiza un análisis más detallado que permite identificar los subgrupos de las clases sociales dentro de los seis grupos de mortalidad de las enfermedades transmisibles, neoplasias (tumores), enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, causas externas, todas las demás causa y síntomas, signos y afecciones mal definidas.

Enfermedades transmisibles

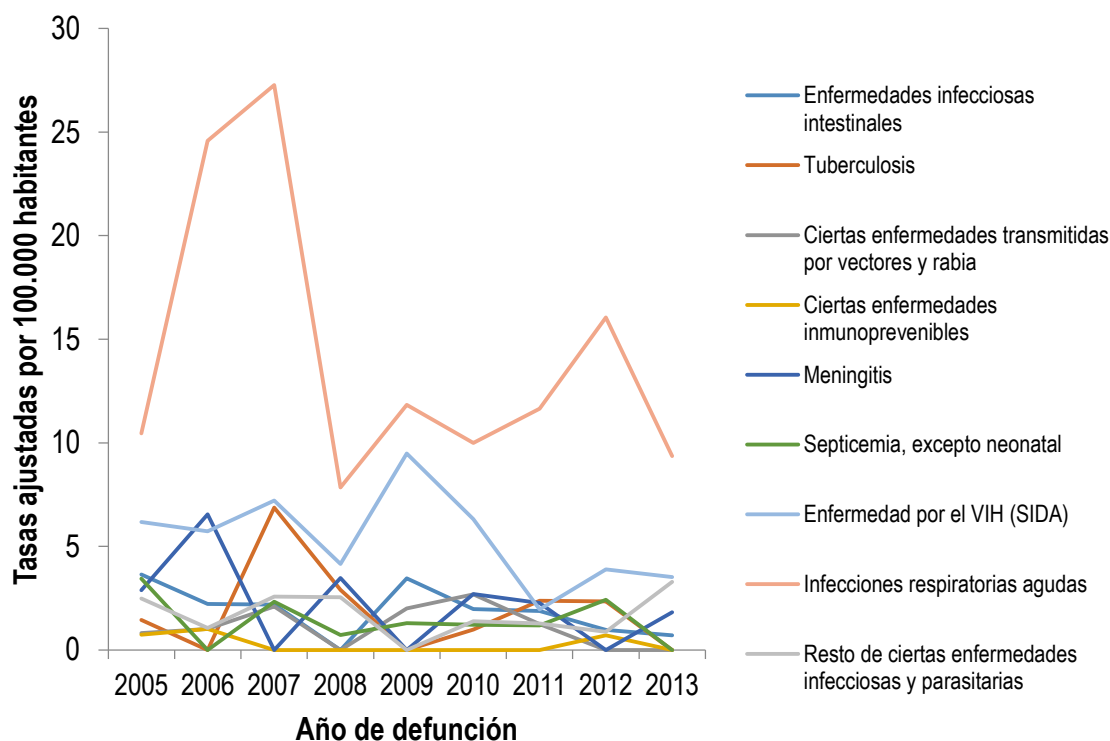
En el municipio de Pitalito, su población total presenta como principal tasa de mortalidad dentro de las enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas con su mayor pico en el año 2007 con una tasa por encima de 25 por 100.000 habitantes, presentando una disminución marcada en el año 2008 con una tasa por debajo de 10 por 100.000 habitantes, y presentando un nuevo pico en el año 2012 con un descenso hacia el año 2013.



Cabe mencionar la mortalidad causada por la enfermedad del VIH (Sida) tiene su pico máximo en el 2009 con una tasa por encima de 5 por 100.000 habitantes, así mismo las neoplasias alcanzan esta tasa para el año 2007.

En cuanto a ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, ciertas enfermedades inmunoprevenibles, septicemia, excepto neonatal, enfermedades infecciosas intestinales y restos de enfermedades infecciosas y parasitarias, meningitis se presentan con tasas inferiores a 5 por 100.000 habitantes.

Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



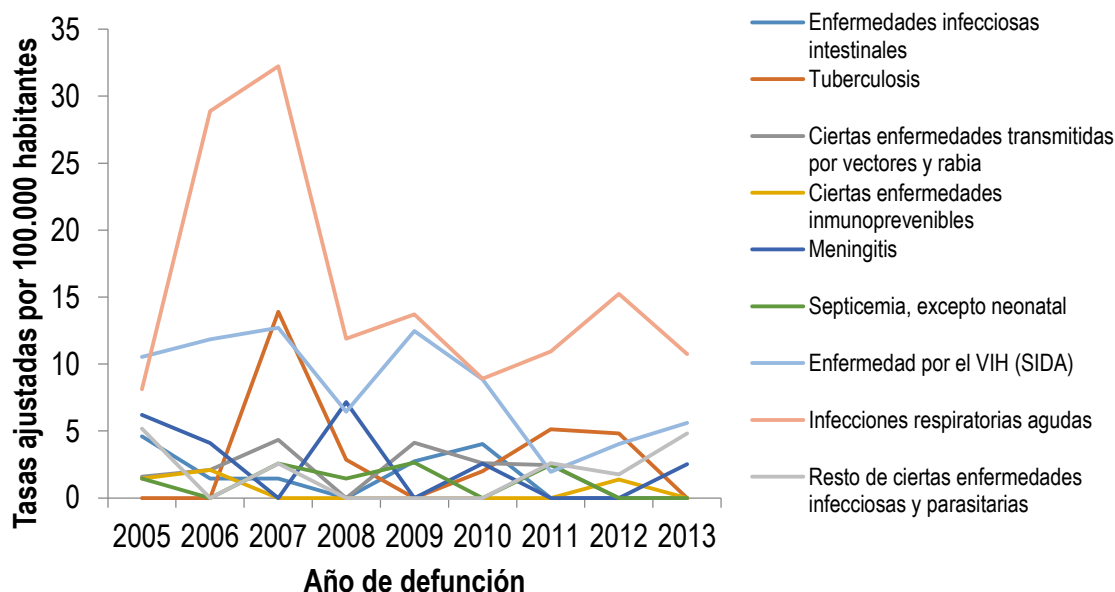
Las infecciones respiratorias agudas dentro de las enfermedades transmisibles presentaron la mayor tasa de mortalidad en los hombres del municipio entre los años 2006 y 2007, con una disminución marcada en el año 2008 e incrementándose nuevamente en el 2011 y 2012 con una tasa de 15 por 100.000 habitantes con un descenso para el año 2013 por debajo de este valor.

La enfermedad por VIH (SIDA) contribuyó a la tasa de mortalidad en los años 2007 y 2009 con tasas superiores a 10 por 100.000 habitantes, con tendencia a disminuir en los siguientes años hasta alcanzar una tasa de 5 por 100.000 habitantes.

La tuberculosis alcanzó su pico máximo en el año 2007 con una tasa por encima de 10 por 100.000 habitantes con un descenso marcado en los siguientes años hasta alcanzar una tasa de 0 en el año 2009, sufriendo un incremento en los siguientes años hasta el 2012 con una tasa de 5 por 100.000 habitantes y de nuevo en el año 2013 presenta una tasa de 0.

En cuanto a ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia, ciertas enfermedades inmunoprevenibles, septicemia, excepto neonatal, enfermedades infecciosas intestinales y restos de enfermedades infecciosas y parasitarias, meningitis se presentan con tasas inferiores a 5 por 100.000 habitantes para el grupo poblacional de los hombres en el municipio de Pitalito.

Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

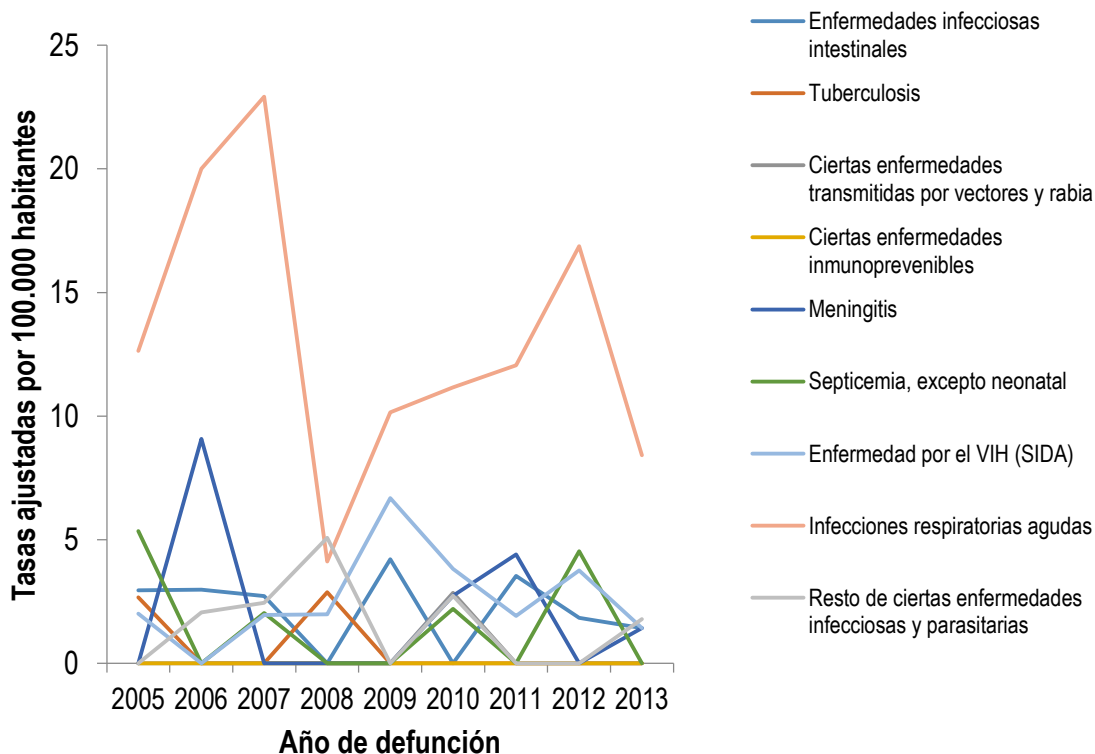


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

La población femenina como la masculina presenta como principal causa de mortalidad las infecciones respiratorias agudas, dentro de las enfermedades transmisibles, con un pico máximo en el año 2007 y 2012, presentando una disminución marcada para los años 2008 y 2013.

Los demás eventos se presentaron de manera relativamente constante con tasas menores de 10 por 100.000 habitantes.

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Neoplasias

El municipio de Pitalito presentó tasas de mortalidad por neoplasias por todas las causas de acuerdo a la clasificación 6/67 y el tumor maligno del estómago fue el más representativo con un pico máximo en el año 2007 y 2011; seguido en magnitud del tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.

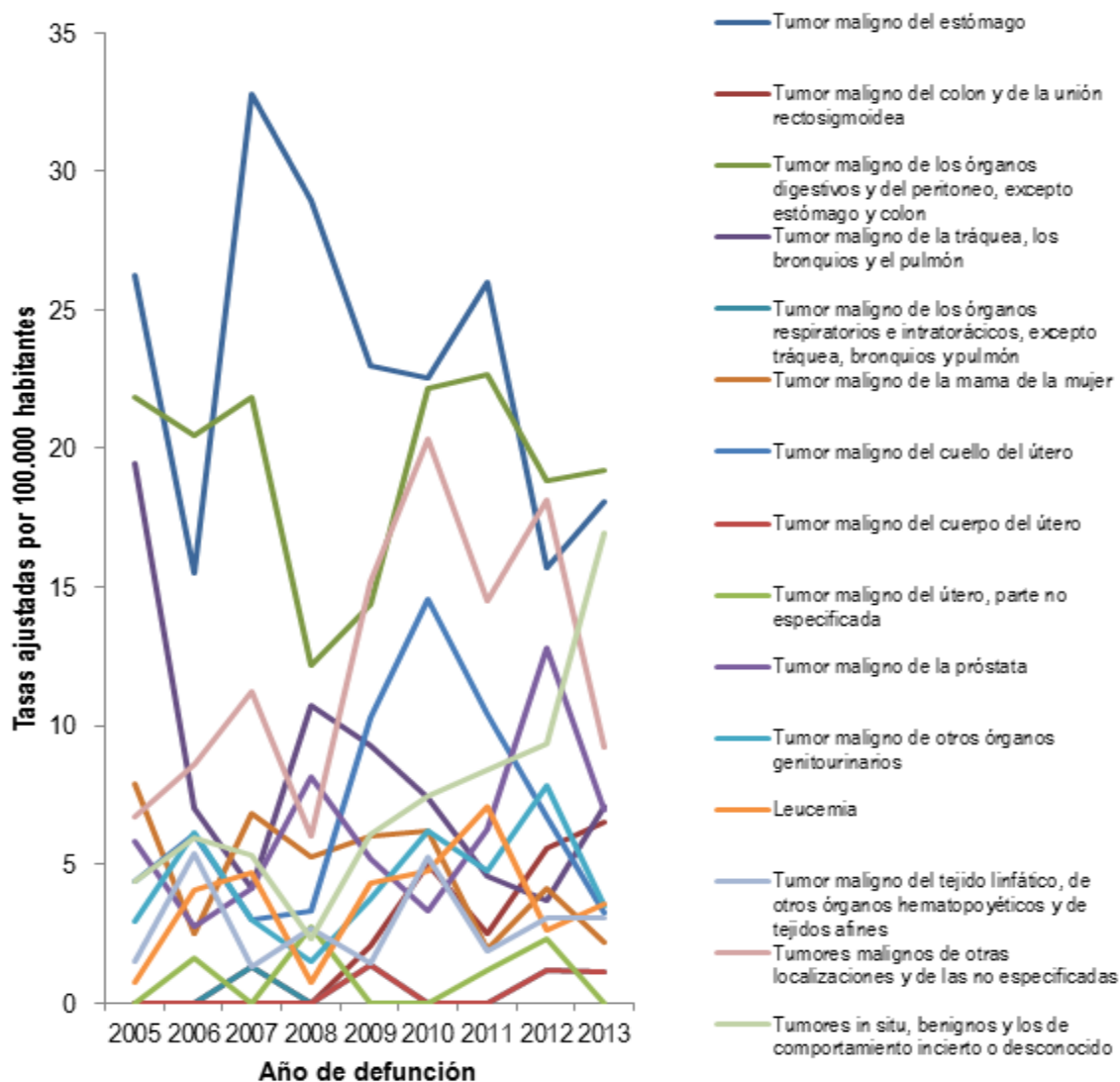
La tercera causa de mortalidad es el tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas alcanzando sus picos máximos en los años 2009 y 2012.

En cuanto al tumor maligno del cuello del útero alcanzo su máxima tasa de mortalidad en el año 2010 con una tasa por encima de 10 por 100.000 habitantes, presentando una disminución significativa en el año 2013, estas tasas son similares para el tumor maligno de próstata para los años 2008 y 2012.



Para las otras neoplasias la tasa presentada en el periodo de estudio fue por debajo de 10 por 100.000 habitantes para el municipio de Pitalito.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



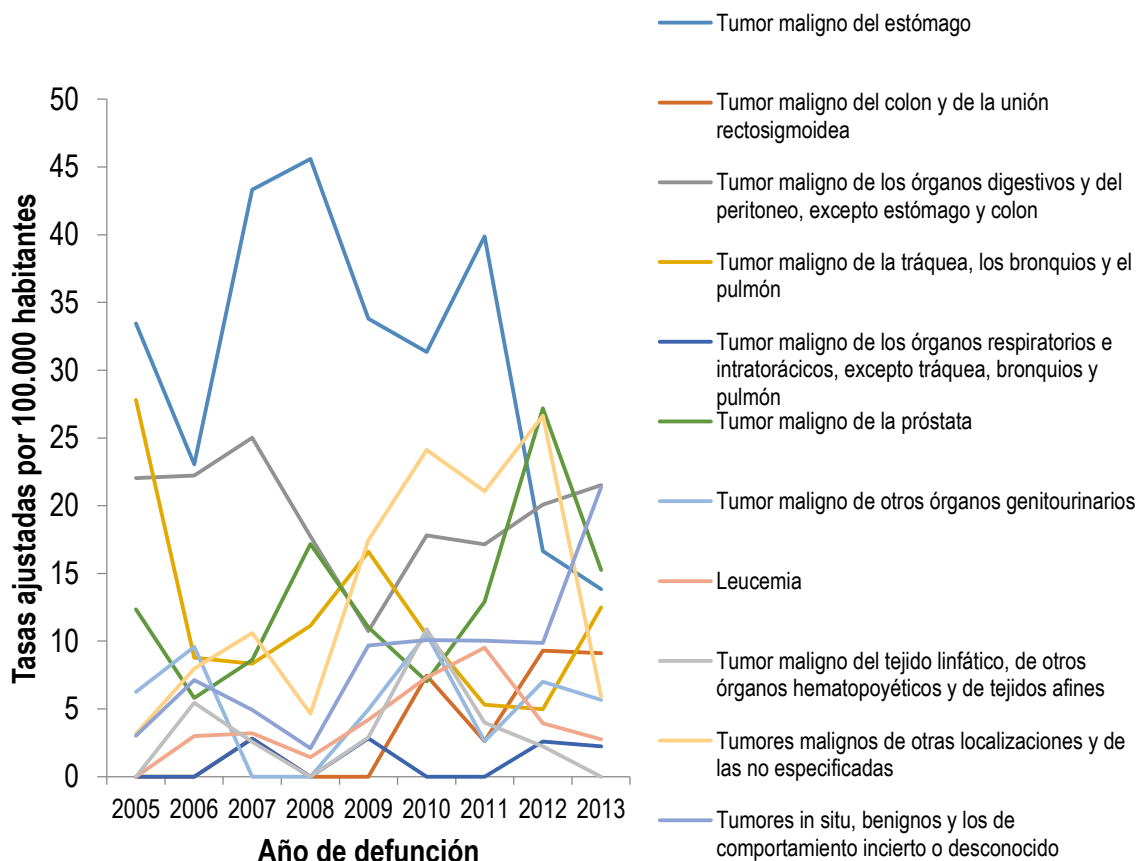
En la población masculina se presentaron varios tipos de neoplasia como causante de mortalidad, es así como el tumor maligno de estómago tuvo la mayor incidencia en el año 2008 y luego en el 2011 alcanzando un descenso marcado en los años 2012 y 2013.

El tumor maligno de próstata aparece en los años 2008 y 2012 con sus máximas tasas de presentación por encima de 15 por 100.000 habitantes, disminuyendo su presentación en el año 2013.

Le sigue en magnitud los tumores de órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon y de otras localizaciones y de las no especificadas con tasas por encima de 15 por 100.000 habitantes a partir del año 2010 en adelante.

Para las otras neoplasias la tasa presentada en el periodo de estudio fue por debajo de 15 por 100.000 habitantes para el municipio de Pitalito en la población masculina.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

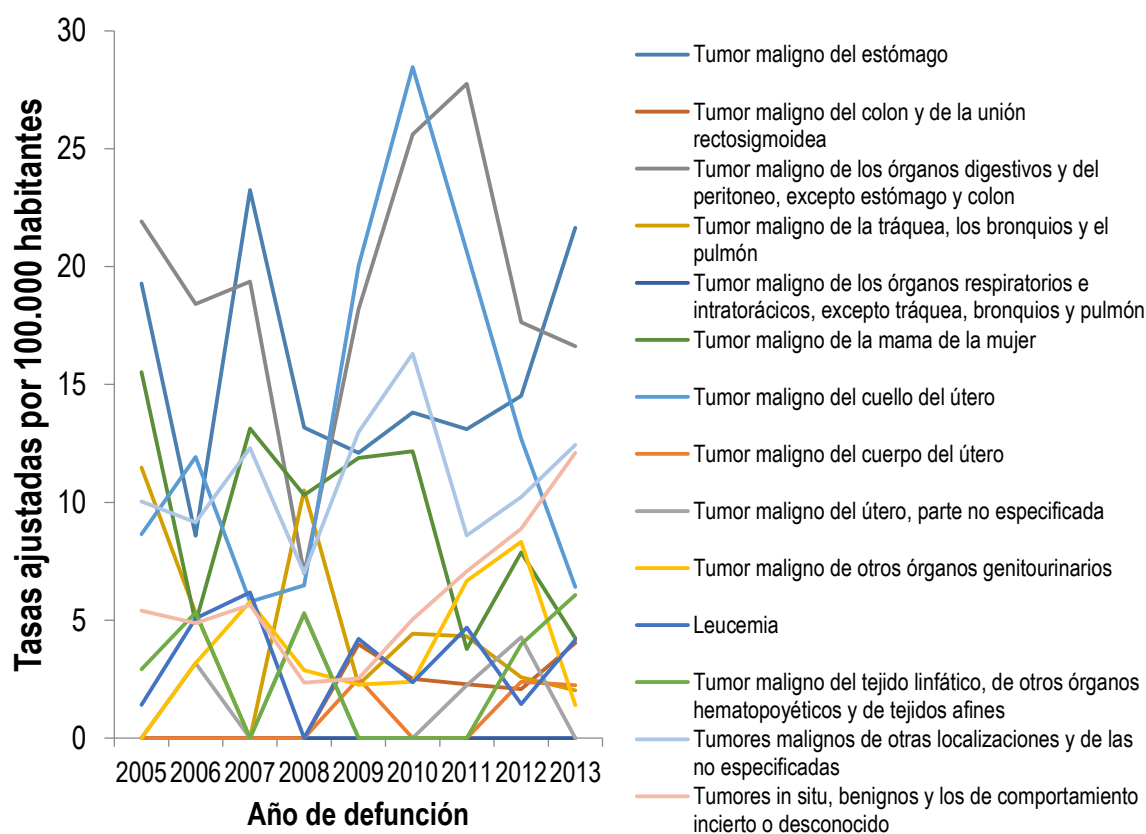
En la población femenina se presentaron mortalidades por todas las neoplasias clasificadas con magnitudes diferentes y presentación irregular, por ejemplo, en el 2010 tuvo su pico máximo la neoplasias por tumor maligno del cuello del útero, el tumor maligno de órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con pico máximo en el 2012 y tumor maligno del estómago con pico máximo en el 2007.

Para el año 2013 es representativa la tasa de mortalidad ajustada en el grupo de las mujeres con el tumor maligno con una tasa por encima de 20 por 100.000 habitantes.

En cuanto a los tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido y los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas su tasa para el año 2013 se presentó por encima de 10 por 100.000 habitantes.

Para las otras neoplasias la tasa ajustada por edad para el año 2013 en las mujeres del municipio de Pitalito está por debajo de 10 por 100.000 habitantes.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

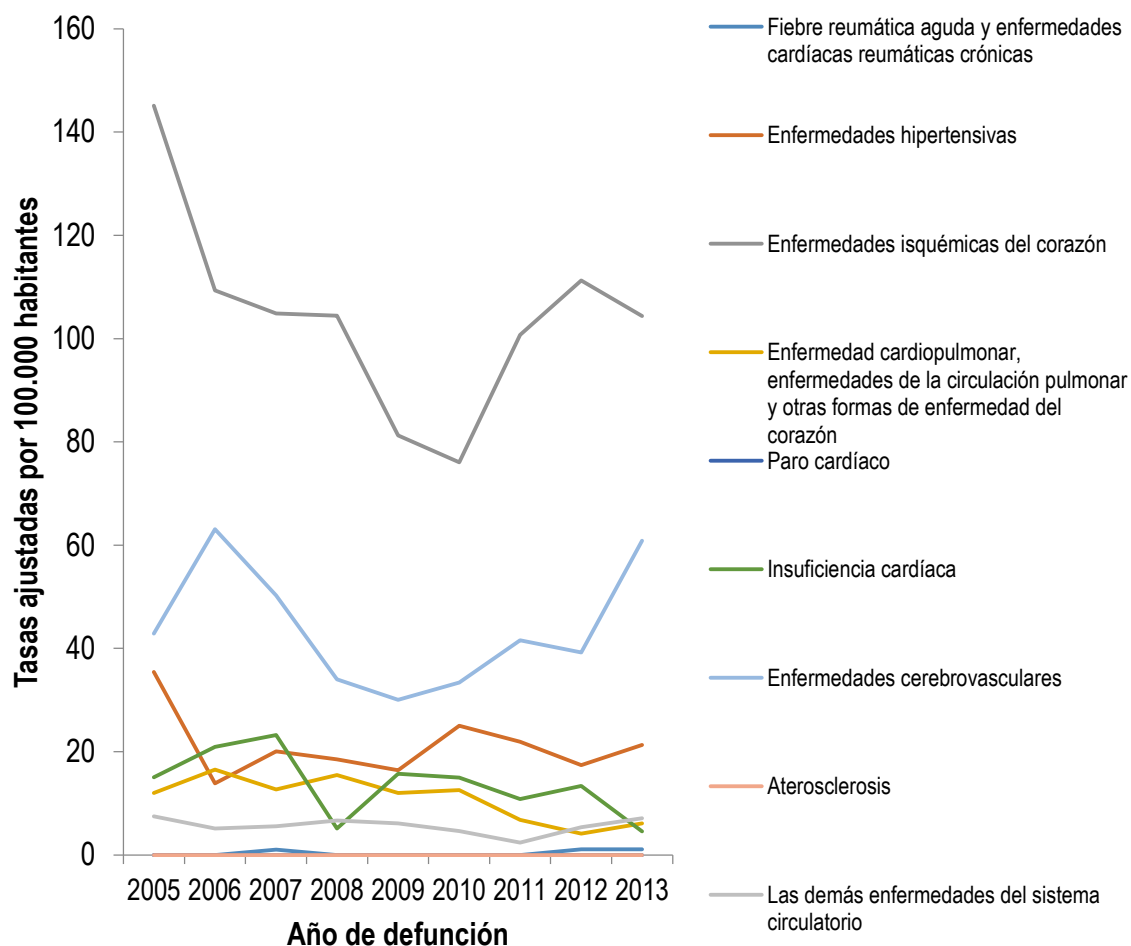
Enfermedades del sistema circulatorio

En las enfermedades del sistema circulatorio, las de mayor magnitud son las enfermedades isquémicas del corazón con tasas mayores de 80 por 100.000 habitantes y sus mayores picos en los años 2005 y 2012, le siguen en magnitud las enfermedades cerebrovasculares alcanzando una tasa por encima de 60 por 100.000 habitantes en los años 2006 y 2013.



Con tasas de mortalidad ajustada menores de 40 por 100.000 habitantes se encuentran la Insuficiencia cardíaca, enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de las circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, enfermedades hipertensivas y aterosclerosis.

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En la población masculina la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, sobresale con mayor magnitud las enfermedades isquémicas del corazón con tasas mayores de 80 por

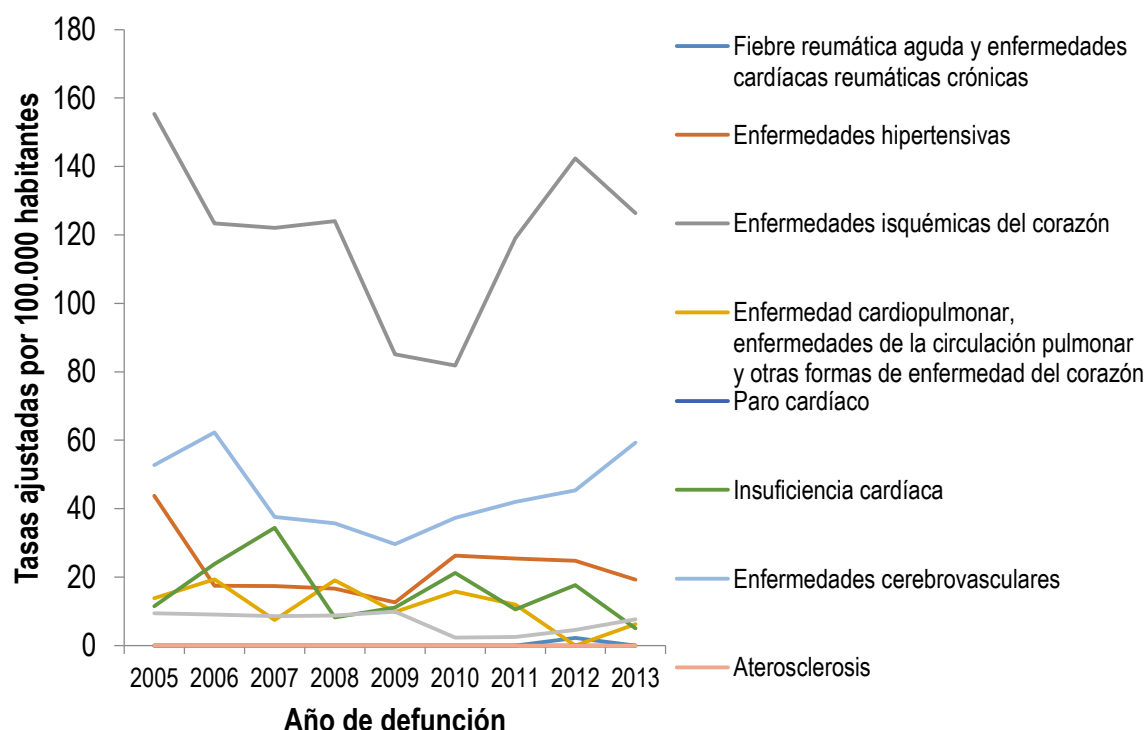


cada 100,000 habitantes con mayor pico en el año 2005 seguido del año 2012, le sigue en su orden las enfermedades cerebrovasculares alcanzo sus máximos picos en los años 2006 y 2013 con tasas de 60 por 100.000 habitantes.

También aparecen aunque en menor magnitud las enfermedades hipertensivas con tasa de 40 por 100.000 habitantes en el año 2005 el cual fue su máximo ascenso, para el año 2013 la tasa se presenta por debajo de 20 por 100.000 habitantes.

En cuanto a patologías como fiebre reumática aguda, enfermedades cardíacas reumáticas crónicas aterosclerosis, enfermedades cardiopulmonares, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón y las demás enfermedades del sistema circulatorio presentan tasas menores de 20 por 100.000 habitantes siendo estas las de menor magnitud en los hombres del municipio de Pitalito.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



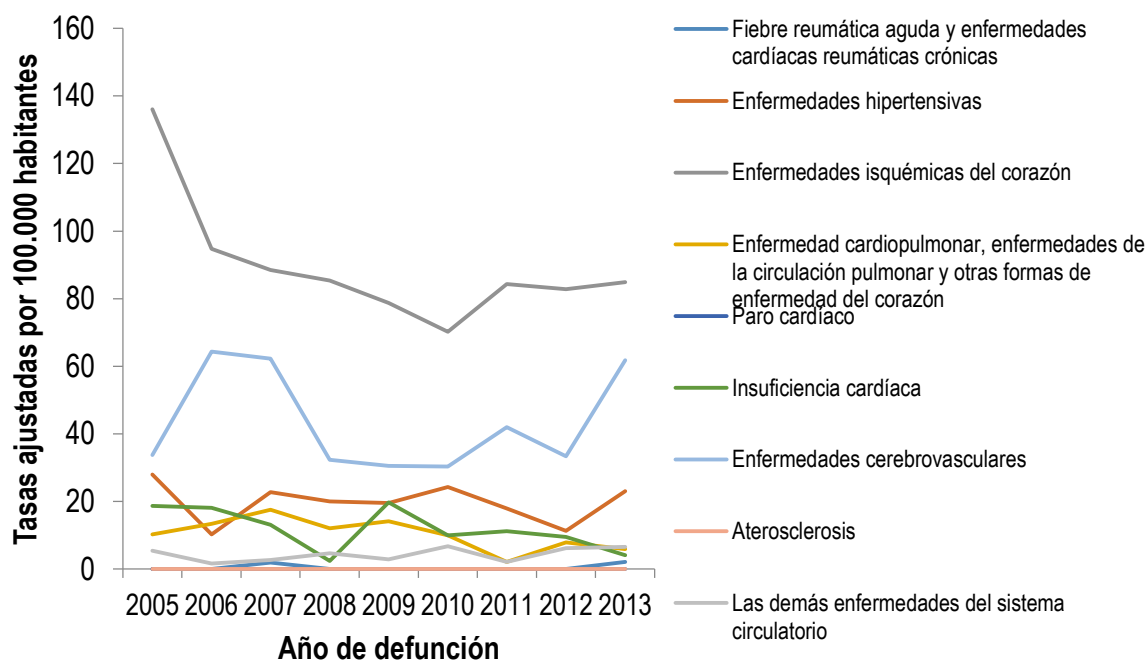
La población femenina tiene presentación similar a la masculina pues presenta mayor magnitud de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón con picos en el año 2005 y 2006 mostrando un descenso en los años siguientes, para el 2013 la tasa se presenta por encima de 80 por 100.000 habitantes.

El comportamiento en las mujeres en cuanto la tasa de mortalidad ajustada continua similar a los hombres donde la segunda causa son las enfermedades cerebrovasculares con un pico en el 2006, 2007 y 2013 con tasas por encima de 60 por 100.000 habitantes.

Están presentes en menor magnitud la mortalidad por enfermedades hipertensivas con un pico en el 2010.

En cuanto a patologías como fiebre reumática aguda, enfermedades cardíacas reumáticas crónicas aterosclerosis, enfermedades cardiopulmonares, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón y las demás enfermedades del sistema circulatorio presentan tasas menores de 20 por 100.000 habitantes siendo estas las de menor magnitud en las mujeres del municipio de Pitalito.

Figura 22 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

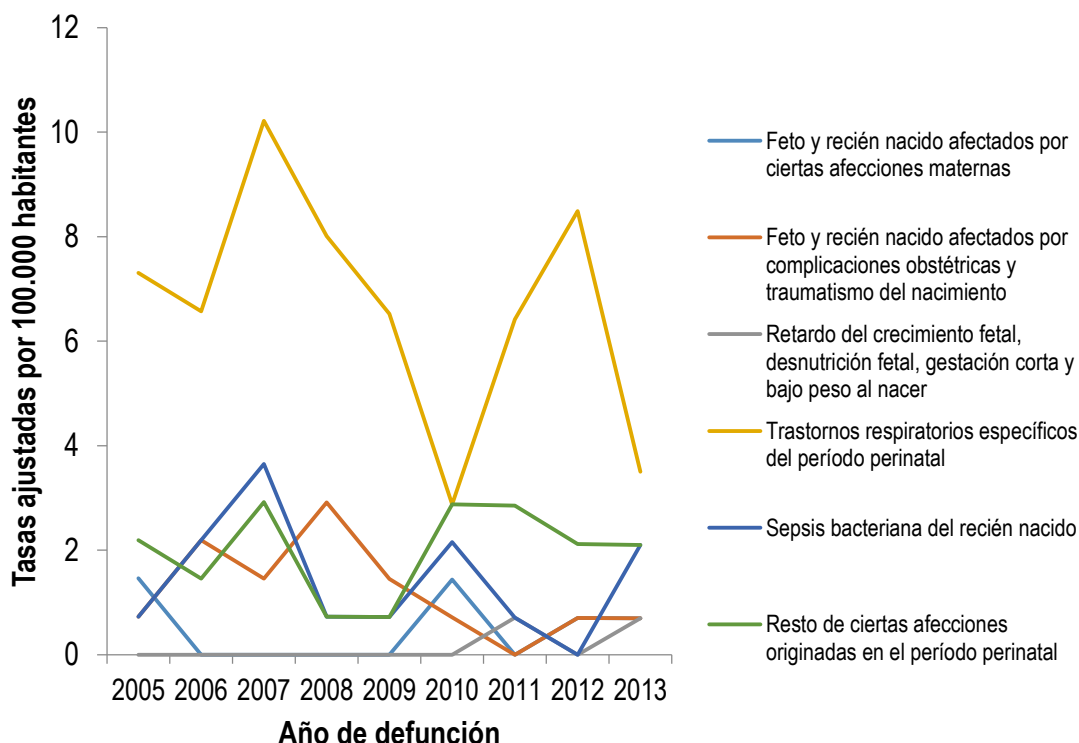
Para la población de Pitalito las tasas de mortalidad originadas en el periodo perinatal tienen su mayor magnitud con la mortalidad causada por los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con tasas mayores de 3 por 100.000 habitantes con picos máximos en el año 2007 y 2012 por encima de 100.000 habitantes, para el año 2013 esta tasa muestra un descenso marcado similar al año 2010 con tasas de 3 por 100.000 habitantes.

Le siguen en su orden de presentación la sepsis bacteriana del recién nacido y el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con picos en los años 2007, 2010 y 2013 por encima de 2 por 100.000 habitantes.

El feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento alcanzaron su máximo pico en el año 2008 con una tasa mayor a 2 por 100.000 habitantes, mostrando un descenso en los siguientes años.

El resto de causas de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal del municipio de Pitalito Huila presentan tasas inferiores hasta llegar a 0 en ciertos periodos.

Figura 23 Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En la población masculina la mortalidad en el periodo perinatal es similar a la población femenina del municipio presentando su mayor magnitud con los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un picos máximos en los años 2007, 2009, 2011 y 2012 y un descenso marcado en el 2010 y 2013, este último con tasa de 4 por 10.000 habitantes.

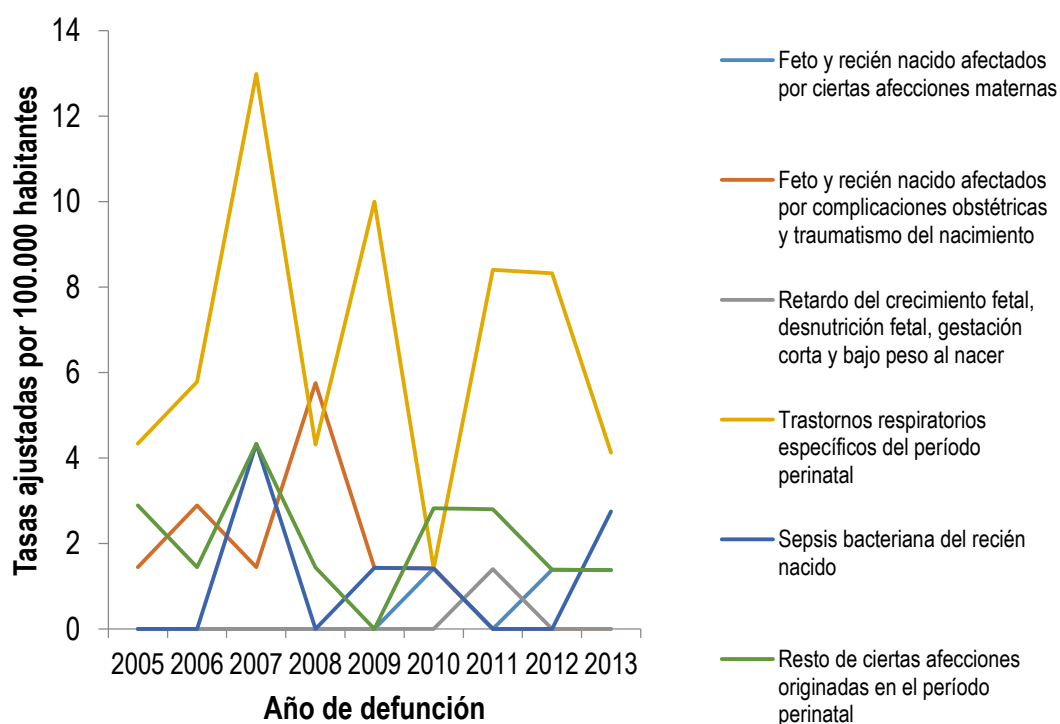
Se presentaron mortalidades por Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento con pico máximo en el año 2008, posteriormente un descenso para el año 2009 sin presencia de casos en los siguientes años.

Le siguen en su orden de presentación la sepsis bacteriana del recién nacido y el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con picos elevados en los años 2007, Las



otras causas de mortalidades no superan las tasas de 2 por 100.000 habitantes, convirtiéndose en la menor mortalidad.

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

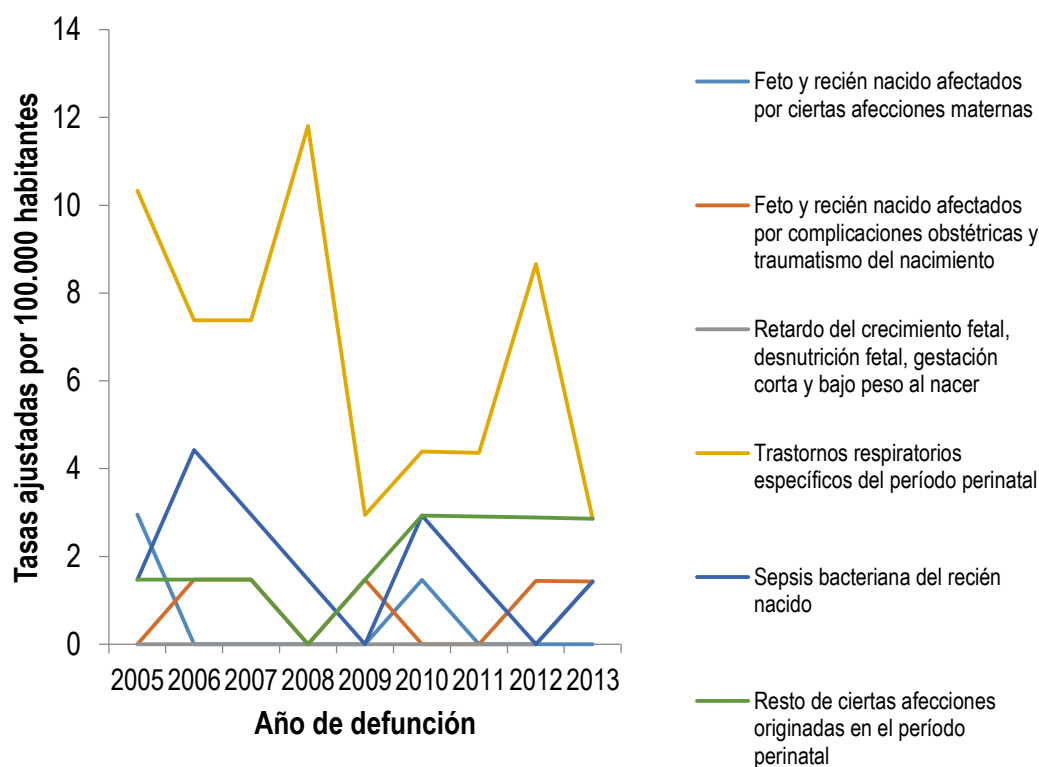
En la población femenina no se presenta diferencia significativa comparada con la población masculina y el total de la población teniendo en cuenta que la mayor magnitud de mortalidades en ciertas afecciones del periodo perinatal está causadas por Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con pico máximo en el año 2008 y 2012 con tendencia a disminuir para el 2013.



Le siguen en su orden de presentación la sepsis bacteriana del recién nacido y el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con tasas elevadas mayores de 2 por 100.000 habitantes.

Las otras causas de mortalidades no superan las tasas de 2 por 100.000 habitantes, convirtiéndose en la menor mortalidad, algunas se presentan en cero para ciertos años de estudio como el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



Causas externas

Dentro de las Causas Externas la mortalidad de mayor magnitud son las agresiones (homicidios) con su mayor pico en el año 2005 y con tendencia a disminuir hasta llegar a valores de tasa de 42,8 por cada 100.000 habitantes en el año 2013.

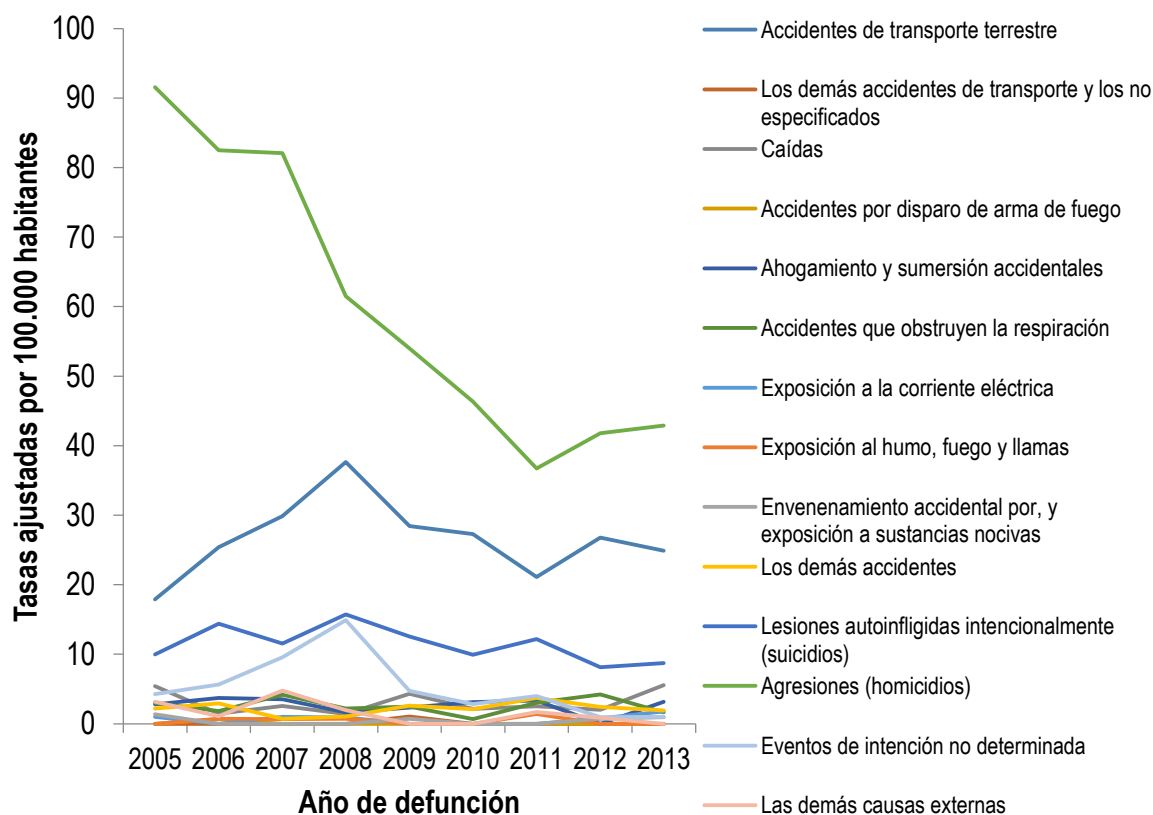
La segunda causa de mortalidad por Causas Externas son los Accidentes de transporte terrestre con picos en los años 2008 y 2012 con tasas por encima de 2 el dato no puede ser por 100.000 habitantes.

Se presenta un comportamiento paralelo para las lesiones autoinflingidas intencionales (suicidios) con tasas por encima de 10 por 100.000 habitantes.

Los eventos de intensión no determinada alcanzaron su máximo pico en el año 2008 por encima de 10 por 100.000 habitantes y mostrando un descenso para los años siguientes.

Las demás causas de Tasa de mortalidad ajustada por edad para Causas Externas del municipio de Pitalito se presentan en menor magnitud con valores menores de 10 por 100.000 habitantes.

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para Causas Externas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En la población masculina se presenta similitud con el total de la población donde las agresiones (homicidios) aportaron la mayor dimensión en las tasas de mortalidad en el periodo de estudio con el pico más alto en el año 2005 y con tendencia a disminuir pero alcanzando una tasa por encima de 80 por 100.000 habitantes para el año 2013.

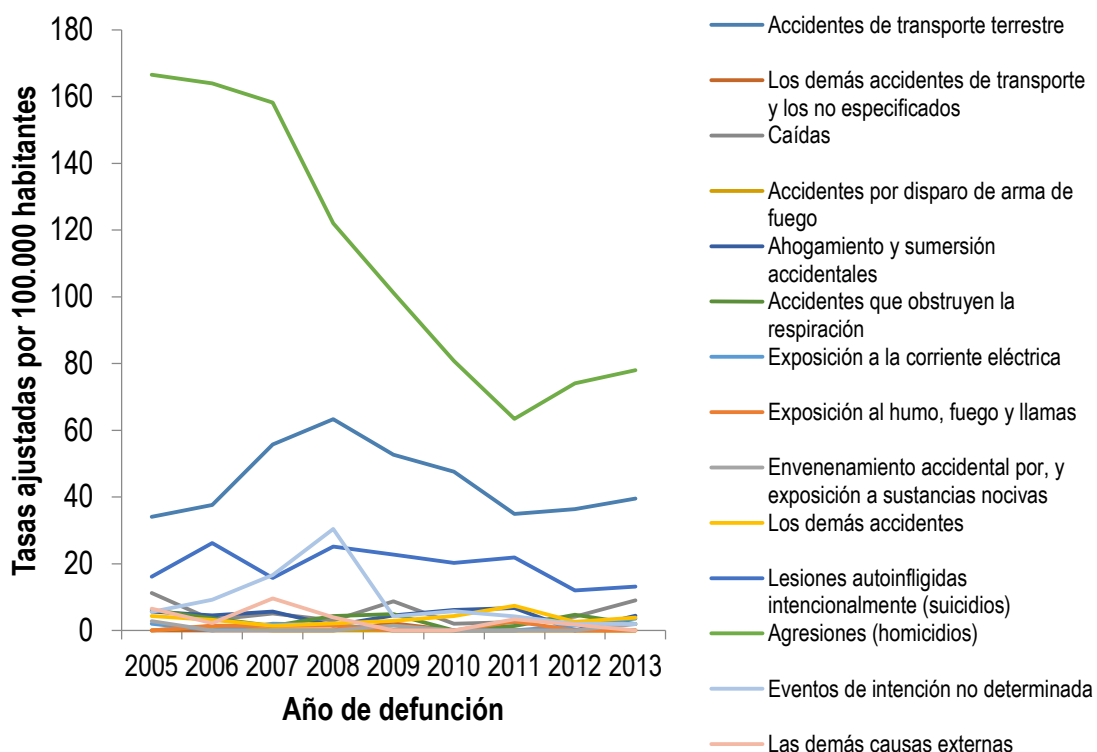
En menor magnitud estuvieron presentes los accidentes de transporte terrestre con pico máximo en el año 2008, las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) presentan un comportamiento similar a la población total con tasas ajustadas que no superan 20 por 100.000 habitantes.

Los eventos de intención no determinada alcanzaron su máximo pico en el año 2008 por encima de 20 por 100.000 habitantes y mostrando un descenso para los años siguientes, comportamiento similar a la gráfica anterior.



Las demás causas de Tasa de mortalidad ajustada por edad para Causas Externas en los hombres del municipio de Pitalito se presentan en menor magnitud con valores menores de 20 por 100.000 habitantes.

Figura 27 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En comparación a la población masculina y la población total, en la población femenina las mortalidades de mayor magnitud por causas externas están compartidas entre los accidentes de transporte terrestre con pico máximo en el 2012 por encima de 15 por 100.000 habitantes y las agresiones (homicidios) con pico máximo en el 2005 y 2010.

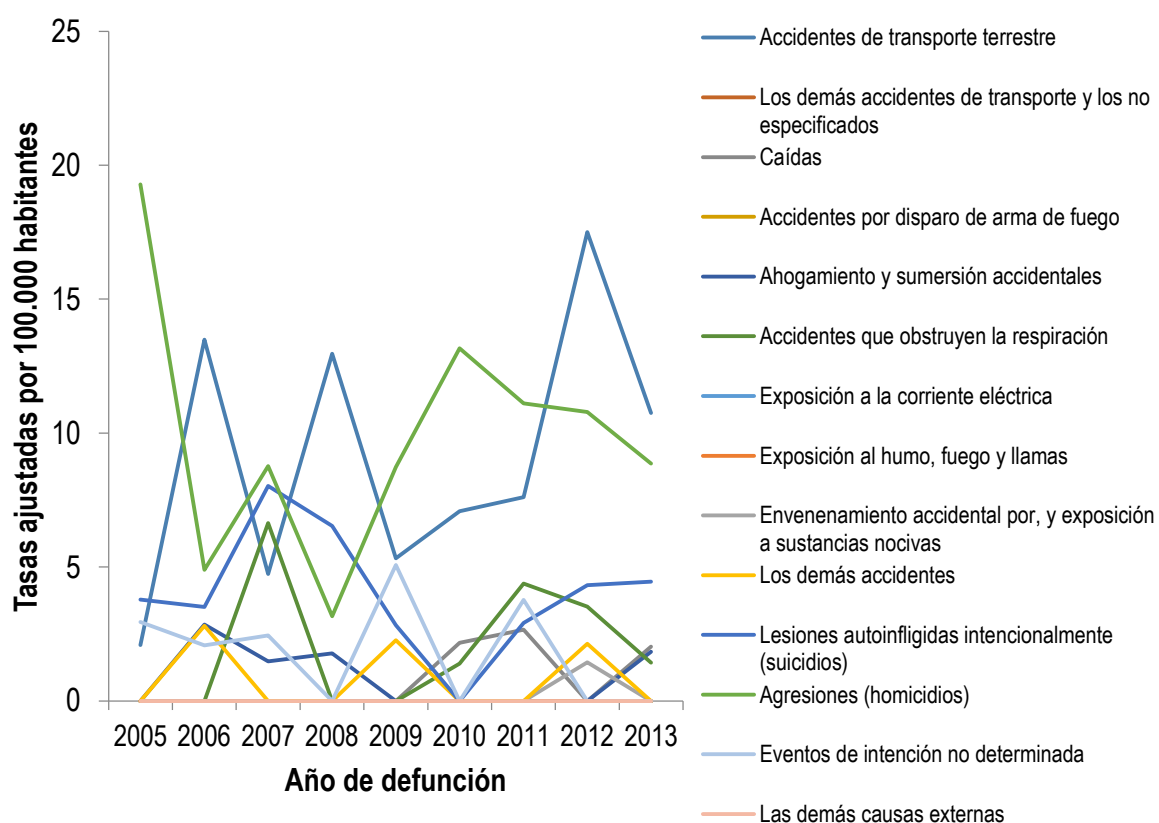


Las lesiones autoinflingidas ocupan el tercer lugar de la Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Pitalito con pico máximo en el año 2007 con posterior descenso en los años de estudio siguientes.

Los accidentes que obstruyen la respiración para el año 2007 alcanzaron su máximo pico seguido del año 2011.

En cuanto a las otras causas de Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Pitalito no superan tasas por encima de 10 por 100.000 habitantes.

Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



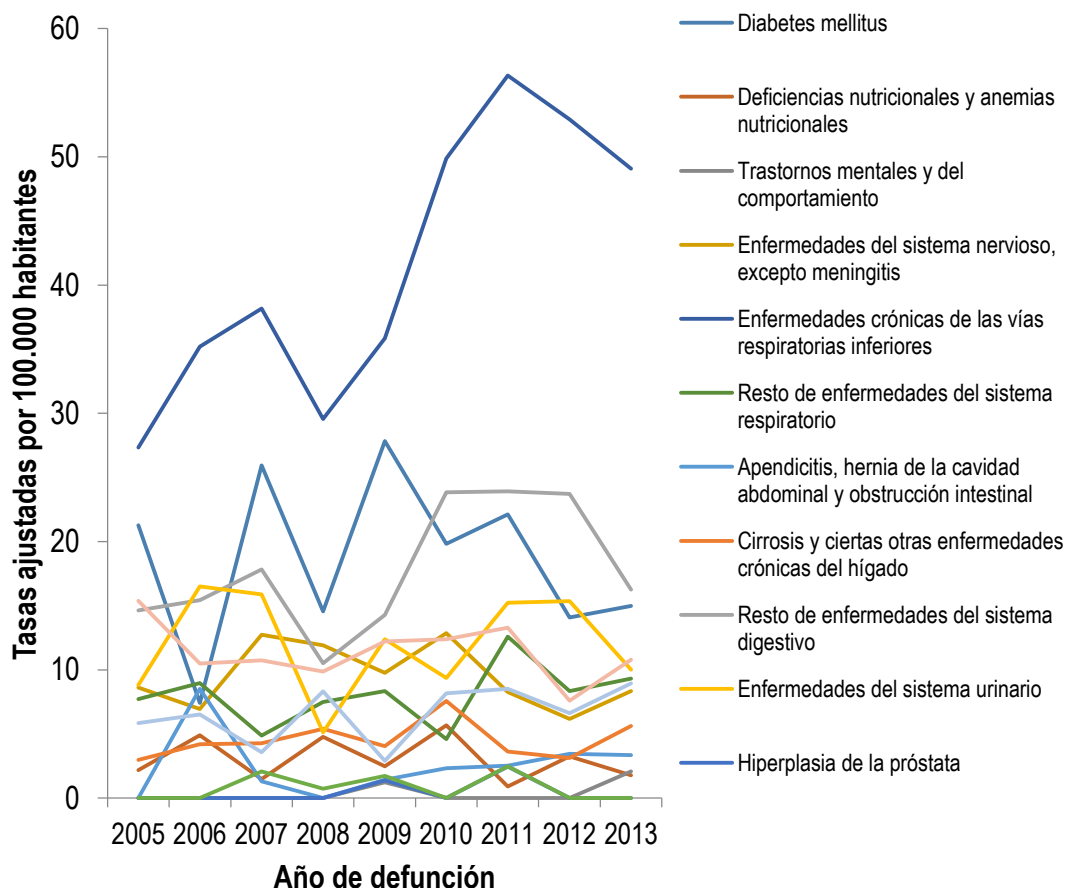
Síntomas, signos y afecciones mal definidas

En la población de Pitalito las mortalidades por síntomas, signos y afecciones mal definidas, la principal causa de mortalidad son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tendencia a aumentar en el periodo de estudio alcanzando su máximo pico en el año 2012 con una tasa que supera los 50 por 100.000 habitantes.

Cabe destacar las magnitudes de mortalidades por diabetes mellitus y resto de enfermedades del sistema digestivo tienen un comportamiento irregular y son las segundas causas de mortalidades alcanzando tasas ajustadas por encima de 20 por 100.000 habitantes para los años de 2007, 201x a 2012.

En cuanto a las otras patologías de signos y síntomas mal definidas cuentan con tasas inferiores a 20 por 100.000 habitantes, algunas llegando a cero como los trastornos mentales y del comportamiento y la hiperplasia prostática.

Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada por edad para signos y síntomas mal definidas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

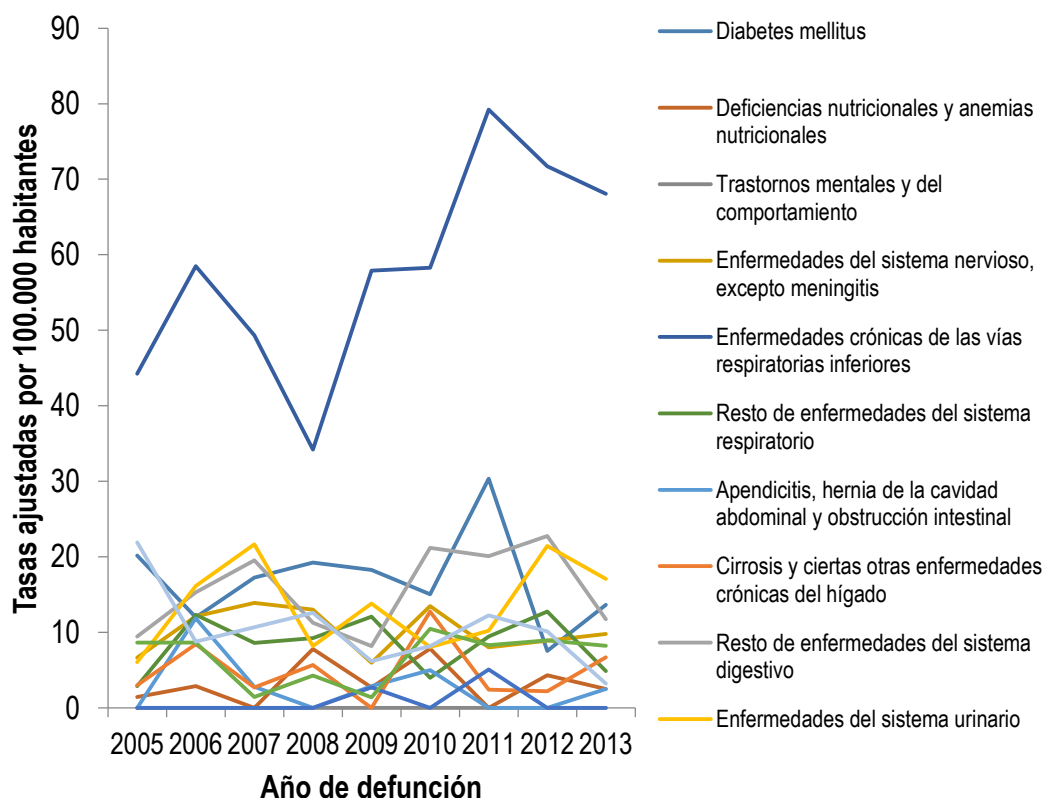
Para la población masculina como en la población total, la tasa de mortalidad de los eventos incluidos en los síntomas, signos y afecciones mal definidos, la de mayor magnitud es las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tendencia a aumentar en los últimos años de estudio alcanzando una tasa ajustada por encima de 70 por 100.000 habitantes para el año 2011.

La diabetes mellitus está presente con un pico en el 2011, con una tasa de 30 por 100.000 habitantes.

Se presentan incidencias de otras mortalidades como las enfermedades del sistema urinario, enfermedades del sistema nervioso, resto de enfermedades del sistema respiratorio, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado entre otras.



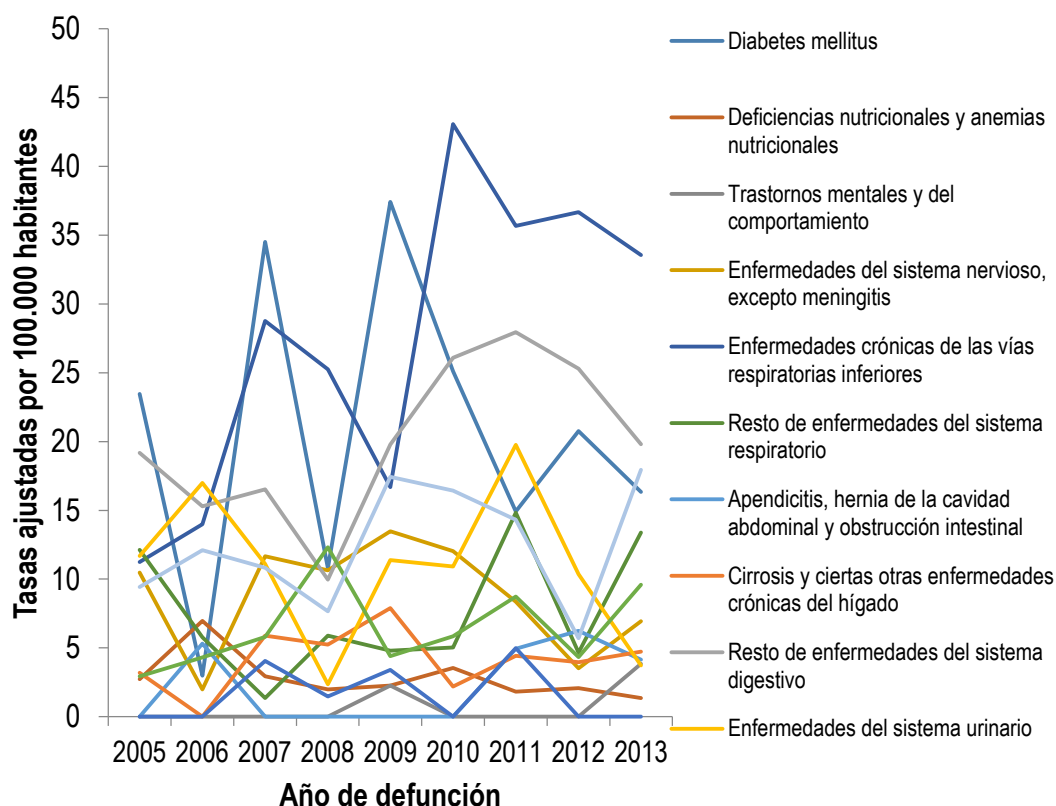
Figura 30. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los síntomas, signos y afecciones mal definidas en hombres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En la población femenina las mortalidades por síntomas, signos y afecciones mal definidas, las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con tendencia a aumentar en el periodo de estudio, la diabetes mellitus con tendencia a disminuir y resto de enfermedades del sistema digestivo.

Figura 31. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los síntomas, signos y afecciones mal definidas en mujeres del municipio de Pitalito, 2005 – 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En el presente capítulo se evidencia las principales causas de mortalidad en la población del municipio de Pitalito en hombres y mujeres durante el periodo 2005 a 2013. Los eventos de mayor magnitud dentro de las enfermedades transmisibles están las infecciones respiratorias agudas en ambos géneros; en las neoplasias el tumor maligno de estómago. En las enfermedades del sistema circulatorio sobresalen las enfermedades isquémicas del corazón en ambos géneros; en las causas externas sobresale las agresiones (homicidios) principalmente en los hombres.



Para realizar monitoreo y seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 se realiza un análisis de tendencia con la siguiente tabla.

Tabla 10. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas municipio de Pitalito Huila, 2005-2013

Causa de muerte	Huila	Pitalito	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	24,1	24,9	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,7	4,20	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	7,72	6,40	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	16,4	15,20	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	16,5	18,00	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	17,0	17,20	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	6,44	8,74	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0,53	2,08	-	-	-	↗	↘	-	-	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,8	42,90	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	0,19	0,70	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por emergencias y desastres	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



En el municipio de Pitalito ha disminuido la tendencia de mortalidades por eventos como accidentes de transporte y por lesiones autoinflingidas intencionalmente.

A estado presente la mortalidad por agresiones (homicidios), la mortalidad por diabetes mellitus y por neoplasias del estómago en el periodo de estudio con tendencia a disminuir.

Las neoplasias por tumor maligno de mama han aumentado en el último año de estudio.

No se presentaron casos de mortalidad por rabia humana, malaria o enfermedades infecciosas (A00-A99).

2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Para el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utiliza 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 realiza estimando las tasas específicas de mortalidad para el municipio, además la tabla se disgrega por las tasas ocurridas en niños y niñas de acuerdo a la lista de tabulación de las 67 causa, que se agrupa en 67 subgrupos y en menores de un año, menores de uno a cuatro años y menores de cinco años.

Por todas las causas según la lista 67



Según la tasa de grandes causas de mortalidad en la niñez y la infancia en menores de un año, ciertas afecciones en el periodo perinatal son la principal causa de mortalidad con su mayor magnitud en el año 2007, seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; de las enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias, estos eventos deben de encender las alarmas frente a intervenciones oportunas a partir de los programas institucionales como los de crecimiento y desarrollo.

No hubo tasas de mortalidad en enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y enfermedades del oído y apófisis mastoides. Los tumores tienen una tasa representativa en esta población en el 2013.

Tabla 8. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de un año, según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	41,22	8,24	8,24	8,22	8,18	16,23	0,00	7,98	2,00
Tumores (neoplasias)	0,00	16,48	16,47	8,22	0,00	0,00	0,00	15,97	2,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	8,24	41,20	16,47	8,22	8,18	8,12	8,05	7,98	2,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	8,24	8,24	0,00	8,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	49,47	65,91	24,71	32,89	8,18	16,23	40,26	23,95	2,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	8,24	0,00	8,18	0,00	0,00	7,98
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	140,16	140,07	205,88	139,77	106,37	113,64	120,78	135,72
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	65,97	65,91	32,94	65,77	32,73	81,17	88,57	63,87
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	8,24	16,48	16,47	16,44	8,18	8,12	8,05	7,98
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	8,18	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	32,98	49,44	41,18	41,11	24,55	16,23	8,05	23,95

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En los niños menores de un año como en la población total, las tasas de mortalidad más significativas se encuentran causadas por ciertas enfermedades originadas en el periodo perinatal con su mayor magnitud en el 2007, seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio.

Tabla 9. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de un año en los niños, según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	48,9	16,31	16,29	16,23	16,12	15,9	0,00	15,66	0,00
Tumores (neoplasias)	0,00	16,31	0,00	16,23	0,00	0,00	0,00	15,66	15,52
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,91
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	16,3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	16,3	16,31	16,29	0,00	0,00	15,9	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	16,31	0,00	16,23	0,00	0,00	0,00	0,00	15,52
Enfermedades del sistema respiratorio	48,9	65,24	16,29	32,47	16,12	15,9	47,41	31,31	15,52
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	16,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	97,9	114,1	260,6	129,8	145,0	95,6	142,1	125,2	108,65
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	97,9	97,86	16,29	32,47	16,12	95,6	79,01	78,28	93,12
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	16,29	0,00	16,12	15,9	15,80	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	16,12	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	32,6	65,24	48,87	81,17	48,36	31,9	15,80	31,31	0,00

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En las niñas, el comportamiento de las tasas es similar a la población total con la mayor magnitud causada por ciertas afecciones en el periodo perinatal seguida de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Cabe destacar que hay tasas significativas en ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en los años 2005, 2010 y 2013; hay tasas de neoplasias en las niñas en el 2006, 2007, 2012 y 2013.

Tabla 10. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de un año en las niñas, según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	33,32	0,00	0,00	0,00	0,00	16,53	0,00	0,00	16,14
Tumores (neoplasias)	0,00	16,65	33,31	0,00	0,00	0,00	0,00	16,29	32,29
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,14
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	66,60	16,66	16,66	16,62	0,00	16,42	16,29	16,14
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	16,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	49,98	66,60	33,31	33,32	0,00	16,53	32,84	16,29	32,29
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,14
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	16,62	0,00	0,00	16,29	0,00



Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	183,24	166,50	149,90	149,93	66,47	132,23	98,51	146,60	113,01
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	33,32	33,30	49,97	99,95	49,85	66,12	98,51	48,87	64,58
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	16,66	33,30	16,66	33,32	0,00	0,00	0,00	16,29	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	33,32	33,30	33,31	0,00	0,00	0,00	0,00	16,29	16,14

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de uno a cuatro años están representadas, como en la población menor de un año, por ciertas afecciones en el periodo perinatal aunque en menor magnitud, le sigue de igual manera las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio. No se presentaron datos de tasas por enfermedades del oído y de la apófisis mastoides y enfermedades del sistema genitourinario en los menores de uno a cuatro años.

Tabla 11. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de uno a cuatro años, según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,46	0	0	0,37	0	0,43	0	0,38	
Tumores (neoplasias)	0	0,38	0	0	0	0	0	0	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0	1,50	0,38	0	0,40	0,43	0	0	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,73
Enfermedades del sistema respiratorio	1,83	1,88	0,76	0,75	0,40		0,40	0,38	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,21	6,39	9,44	6,36	5,19	5,65	5,94	6,44	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,92	3,01	1,13	3,00	1,20	3,91	4,36	2,27	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,37	0,38	0,38	0,75	0,40	0,43	0,40	0,38	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	0,75	0,38	1,12	0,40	0	0	0,38	



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En los niños como en la población total menores de uno a cuatro años, las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez están causadas principalmente por ciertas afecciones en el periodo perinatal, le sigue las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio. Hay tasas causadas por neoplasias en el año 2005 y 2013.

Tabla 12. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de uno a cuatro años, en niños según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,4 3	0	0	0,7 5	0	0,8 3	0	0,74	
Tumores (neoplasias)	0,7 3	0,0 0	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,7 3
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0 0	0,0 0	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,7 1	0,0 0	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0
Enfermedades del sistema nervioso		0,7 3	0,72			0,8 3			
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0 0	0,0 0	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,7 5	0,0 0	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0
Enfermedades del sistema respiratorio	2,1 4	2,2 0	0,72	0,7 5	0,8 1		0,7 8	0,74	
Enfermedades del sistema digestivo	0,0 0	0,0 0	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0
Enfermedades del sistema genitourinario	0,0 0	0,0 0	0,00	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4,2 8	5,1 3	11,5 4	5,9 7	7,2 9	5,0 0	6,9 8	5,94	



Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,2 8	4,4 0	0,72	1,4 9	0,8 1	5,0 0	3,8 8	2,97	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	0	0,8 1	0,8 3	0,7 8	0	
Todas las demás enfermedades	0,0 0	0,0 0	0,00	0,0 0	0,8 1	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	1,4 7	0,72	2,2 4	0,8 1	0	0	0,74	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

En las niñas menores de uno a cuatro años, el comportamiento de las tasas específicas de mortalidad infantil y niñez es similar a la población total en este rango de edad: Ciertas afecciones en el periodo perinatal, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y enfermedades del sistema respiratorio hasta el año 2008. No se presentaron tasas por neoplasias, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y enfermedades del oído y apófisis mastoides.

Tabla 13. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de uno a cuatro años, en niñas según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0	2,32	0	0	0,79	0	0		0
Enfermedades del oído y de la apófisis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



mastoides

Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,73
Enfermedades del sistema respiratorio	1,50	1,55	0,79	0,75	0	0	0	0	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8,24	7,73	7,13	6,76	3,14	6,36	4,86	6,96	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,50	1,55	1,58	4,51	1,57	2,73	4,86	1,55	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,75	0,77	0,79	1,50	0	0	0	0,77	
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Las tasas específicas de mortalidad infantil y la niñez en menores de cinco años tienen su mayor representación por causas externas de morbilidad y mortalidad, seguida de las enfermedades del sistema respiratorio y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en algunos años. Las neoplasias también muestran cifras significativas principalmente en el 2007 y el 2013. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas siguen presentes en algunos años aunque en menor magnitud.



Tabla 14. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de cinco años, según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	10,19	10,19	10,19	0	10,18	10,14	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0	10,19	20,38	10,20	0	0	0	20,02	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	10,19	10,19	10,19	10,20	0	0	10,08	10,01	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0	10,19	0	10,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	10,19	30,56	10,19	20,40	0	20,28	40,33	20,02	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	10,19	0	10,18	0	0	10,01	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,14	0,00	0,00	9,92
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	10,19	0	10,18	10,14	0	20,02	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	10,19	10,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Causas externas de morbilidad y mortalidad	40,76	40,74	40,77	20,40	20,37	20,28	10,08	20,02
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Las tasas específicas de mortalidad infantil y la niñez en los niños menores de cinco años tienen su mayor representación por causas externas de morbilidad y mortalidad como en la población total menor de cinco años, sin embargo las tasas son muchos menores en todos los eventos en comparación con la población total; seguida de las enfermedades del sistema respiratorio y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias en algunos años.

Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de cinco años, en niños según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	20,12	20,11	20,12	0	20,08	0,00	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0	0	0	20,13	0	0	0	19,69	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	20,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0	20,11	0	20,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	0	20,11	0	20,13	0	19,98	39,70	19,69	
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	20,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,69	0,00
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	0,00	20,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	40,25	40,23	40,24	40,26	40,17	39,95	19,85	19,69	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Las tasas específicas de mortalidad infantil y la niñez en las niñas menores de cinco años tienen su mayor representación por causas externas de morbilidad y mortalidad como en la población total y los niños menores de cinco años, hay tasas de neoplasias en el 2006, 2007 y 2013. No hay tasas causadas por enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez en menores de cinco años, en niñas según la lista de las 67 causas del municipio de Pitalito Huila, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,59	0,00	0,00	0,00
Tumores (neoplasias)	0	20,64	41,31	0	0	0	0		20,36
Enfermedades de la sangre y de los	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



órganos hematopoyéticos

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0	20,64	20,65	20,67	0	0	20,49		20,36
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	20,64	41,27	20,65	20,67		20,59	40,98		20,36
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	0	0	20,66	0	0		20,36
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,59	0,00	0,00	20,21
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	20,65	0	20,66	20,59	0		20,36
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	20,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	41,28	41,27	41,31	0	0	0	0		20,36

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



2.1.4 Análisis de mortalidad materno – infantil y en la niñez

Ahora después de identificar las causas de muerte que representa con mayor frecuencia en los niños, se realiza un análisis materno – infantil, se identifica los indicadores que peor situación se encuentran a través de la elaboración de una tabla de semaforización y tendencia materno – infantil y niñez. Para estimar la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, de mortalidad por EDA, de mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años de edad.

También aparece graficado con flechas el comportamiento de cada indicador a partir del año 2005 hasta el año 2013.

↘ 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

Para el año 2013, en el municipio de Pitalito, la razón de mortalidad materna se mantuvo en comparación al año 2012, la tasa de mortalidad neonatal tiende a disminuir y la mortalidad infantil a aumentar, no hay casos registrados de mortalidad en la niñez, la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años tiende a disminuir y por EDA a aumentar.



Tabla 17. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, municipio de Pitalito Huila, 2005- 2013

Causa de muerte	Huila	Pitalito	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Razón de mortalidad materna	33,7	34,18	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-
Tasa de mortalidad neonatal	6,56	8,03	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	9,89	11,71	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	12,4	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	8,82	20,78	↗	↘	↘	↘	-	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	5,29	7,23	↘	-	↘	↗	↘	↘	-	↗
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,88	0,01	↘	-	-	-	-	-	-	-
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013



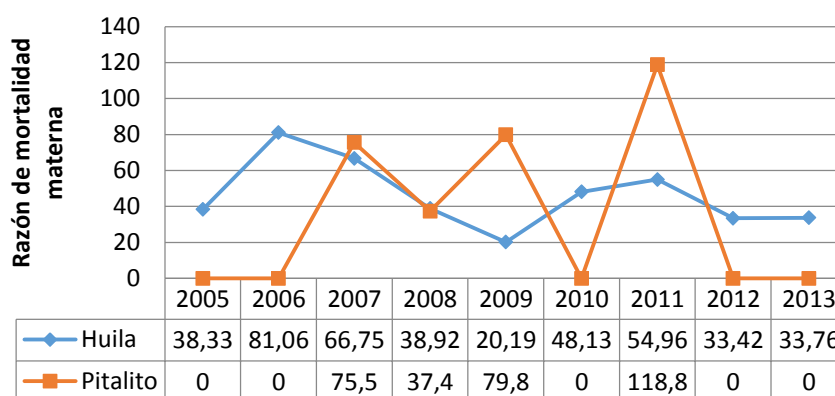
A partir de la tabla de semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil, se identifica los principales indicadores y el análisis de las causas de muerte que se encuentran en peor situación

Mortalidad materna

La razón de mortalidad materna del municipio de Pitalito ha sido significativamente representativa, tuvo tasas mayores que el departamento en los años 2007, 2009 y 2011.

Resultados de análisis de casos

Figura 32 Razón de mortalidad materna, municipio de Pitalito Huila, 2005 -2013

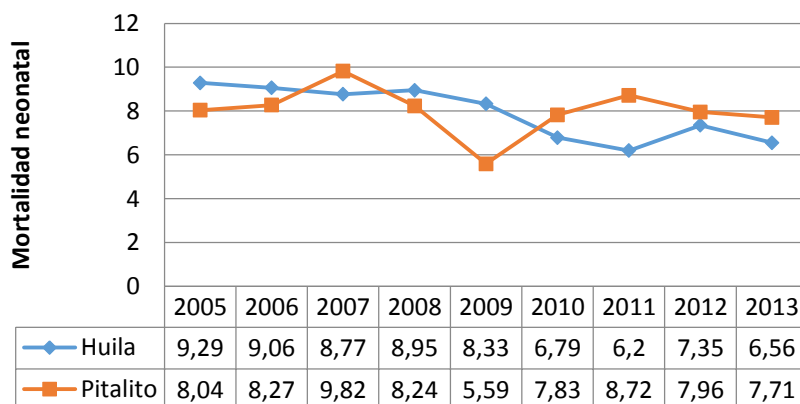


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Mortalidad Neonatal

En el periodo de estudio, años 2005 a 2013, la mortalidad neonatal se mantuvo con tasas similares a las del departamento, sin embargo se presentaron picos en los años 2007 y 2011 superando las tasas del departamento lo que se manifiesta con la semaforización roja.

Figura 33. Tasa de mortalidad neonatal, municipio de Pitalito, 2005- 2013

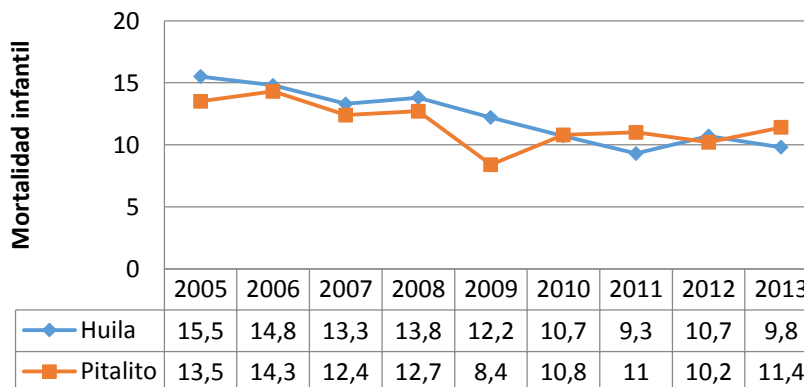


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil del municipio de Pitalito ha mostrado valores similares al departamento, sin embargo, es preocupante observar cómo ha ido en aumento en los últimos años de estudio en comparación con los datos conocidos del departamento.

Figura 34. Tasa de mortalidad infantil, municipio de Pitalito, 2005- 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

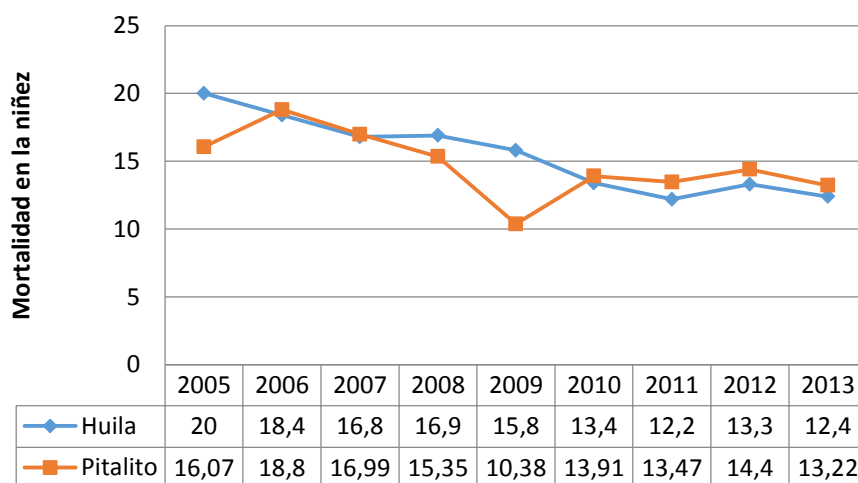
Mortalidad en la niñez

En el municipio de Pitalito, la tasa de mortalidad en la niñez tiene comportamiento similar al departamento con tendencia a mantenerse constante en los últimos años de estudio



Meta de PDSP Referente Colombia

Figura 35 Tasa de mortalidad en la niñez, municipio de Pitalito Huila, 2005- 2013



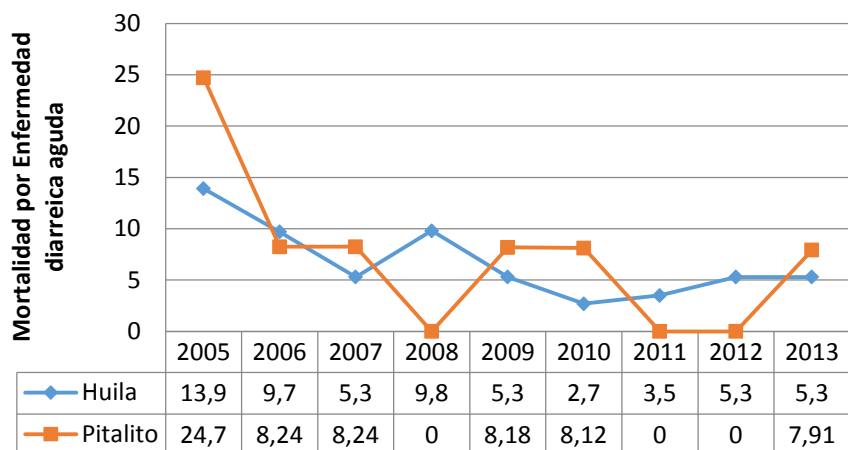
FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

En el municipio de Pitalito la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda ha estado presente en casi todos los años de estudio con una incidencia mayor al departamento en el año 2005, 2007, 2009 y 2010, muestra una tendencia al aumento en el 2013.

Cobertura acueducto y alcantarillado implementación estrategia AIEPI

Figura 36. Tasa de mortalidad por EDA, municipio de Pitalito, 2005- 2013

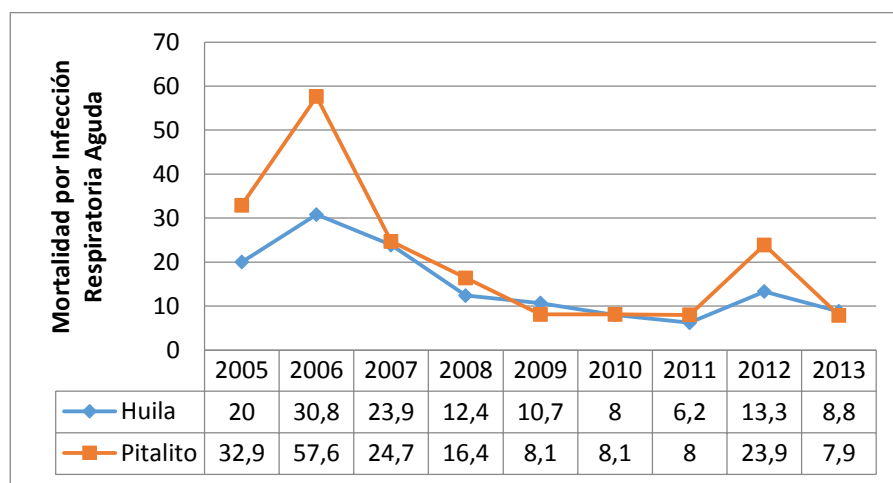


FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

La tendencia de la tasa mortalidad por Infecciones Respiratoria Aguda - IRA en el periodo de estudio, es similar al departamento exceptuando los años 2005 y 2006 que presentaron tasas mayores, para el 2013 tiende a disminuir.

Figura 37. Tasa de mortalidad por IRA, municipio de Pitalito, 2005- 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

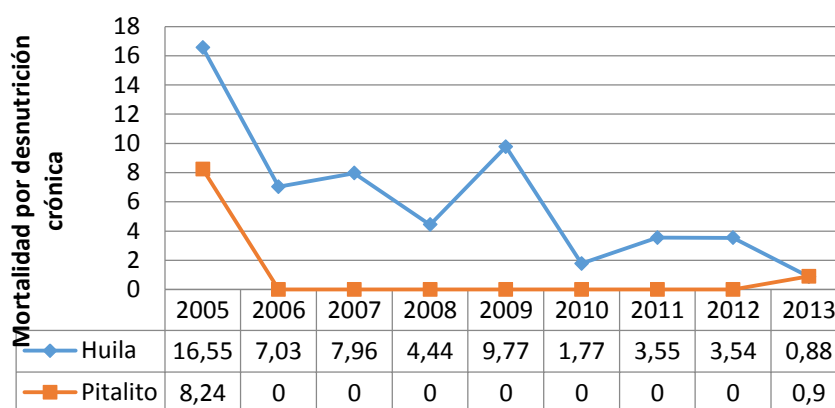


Mortalidad por desnutrición crónica

El municipio de Pitalito Huila, exceptuando el año 2005 y 2013, no presentó mortalidades por desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años, durante el periodo de estudio. Las del departamento tienden a disminuir.

Resultados de Análisis de caso de la muerte del 2013

Figura 38. Tasa de mortalidad por desnutrición, municipio de Pitalito, 2005- 2013



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

2.1.5. Abordaje de los determinantes de mortalidad materno- infantil y de la niñez

Determinantes intermediarios

Después de identificar las causas de muerte que representa con mayor frecuencia en los niños, se realiza un análisis materno – infantil junto con sus determinantes sociales en salud. Se debe tener en cuenta que esta información es del departamento del Huila

Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI

- **El cociente de tasas extremas** La razón de mortalidad materna 10.48% tiene un porcentaje mayor del municipio con mayor nivel de pobreza, la tasa de mortalidad neonatal es 0.26% mayor en los municipios con mayor índice de pobreza, la tasa de mortalidad infantil es 0.16% mayor en los municipios con mayor índice de pobreza, no hay relación de cociente de tasas extremas en las tasa de mortalidad por IRA, mortalidad por EDA y mortalidad por desnutrición.



- **El cociente ponderado de tasas extremas** La razón de mortalidad materna 0.98% tiene un porcentaje mayor del municipio con mayor nivel de pobreza, la tasa de mortalidad neonatal es 0.02% mayor en los municipios con mayor índice de pobreza, la tasa de mortalidad infantil es 0.02% mayor en los municipios con mayor índice de pobreza, no hay relación de cociente ponderado de tasas extremas en las tasa de mortalidad por IRA, mortalidad por EDA y mortalidad por desnutrición.
- **La diferencia de tasas extremas** El municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene una razón de mortalidad materna de 140.9 mayor que el municipio con mayor grado de pobreza, la tasa de mortalidad neonatal es 4.52 menor que en el municipio con menor porcentaje de pobreza, la tasa de mortalidad infantil es 8.1 menor que en los municipios con menor porcentaje de pobreza, la tasa de mortalidad en la niñez es 2.25 menor que los municipios con menor porcentaje de pobreza, la tasa de mortalidad por IRA es 10.9 menor que en los municipios con menor porcentaje de pobreza, la tasa de mortalidad por EDA no es diferente en los municipios con porcentaje menores de pobreza, la tasa de mortalidad por desnutrición es menor en 0.03 en municipios con menor porcentaje de pobreza.
- **La diferencia de tasas extremas ponderadas** El municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene una razón de mortalidad materna de 13.14 mayor, el municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene una tasa de mortalidad neonatal 0.42 menor, el municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene una tasa de mortalidad infantil 0.76 menor, el municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene una tasa de mortalidad en la niñez 0.21 menor, el municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene una tasa de mortalidad por IRA. 1.02menor, el municipio con mayor porcentaje de pobreza tiene una tasa de mortalidad por EDA y Desnutrición igual a los otros municipios.
- **El riesgo atribuible poblacional** La razón de mortalidad materna (43.06) tasa de mortalidad neonatal (0.44), tasa de mortalidad infantil (0.14) tasa de mortalidad en la niñez (1.2) tasa de mortalidad por IRA (-4.28) tasa de mortalidad por EDA (3.37) y mortalidad por desnutrición (0) es menor que los municipios con menor grado de pobreza.



- **El riesgo atribuible poblacional relativo** Si los municipios tuvieran el mismo porcentaje de pobreza se lograría una reducción de La razón de mortalidad materna en (74.35) tasa de mortalidad neonatal (6.79), tasa de mortalidad infantil (1.45) tasa de mortalidad en la niñez (9.39) tasa de mortalidad por IRA aumentaría en (64.56) tasa de mortalidad por EDA (100) y mortalidad por desnutrición (12.13).

Tabla 18. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI del departamento del Huila y Colombia, 2011

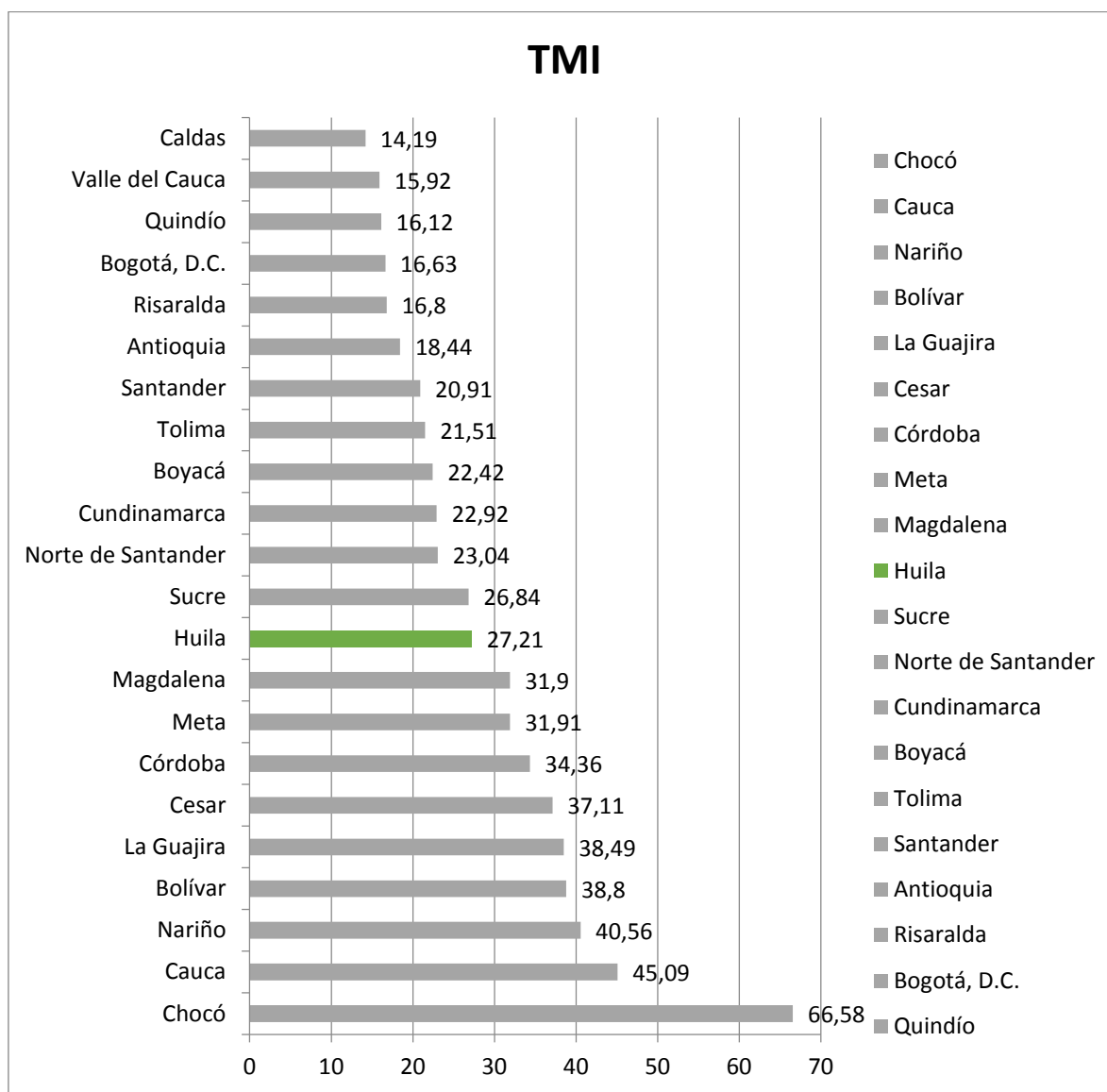
Índices	2011						
	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años
Cociente de tasas extremas	10,48	0,26	0,16	0,81	0,00	0	0,00
Cociente ponderado de tasas extremas	0,98	0,02	0,02	0,08	0,00	0	0,00
Diferencia de tasas extremas	140,90	-4,53	-8,10	-2,25	-10,90	0,00	-0,03
Diferencia ponderada de tasas extremas	13,14	-0,42	-0,76	-0,21	-1,02	0,00	-0,00
Riesgo atribuible poblacional	43,06	0,44	0,14	1,20	-4,28	3,37	0,00
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	74,35	6,79	1,45	9,39	-64,56	100,00	12,13



Fuente: Base de Datos Sispro 2013.

El departamento del Huila presenta una relación de tasa de mortalidad infantil y necesidades básicas insatisfechas de 27.21 lo cual la coloca en un departamento con relación medio de este indicador a nivel nacional.

Figura 39. Tasa de mortalidad infantil por NBI en el departamento.

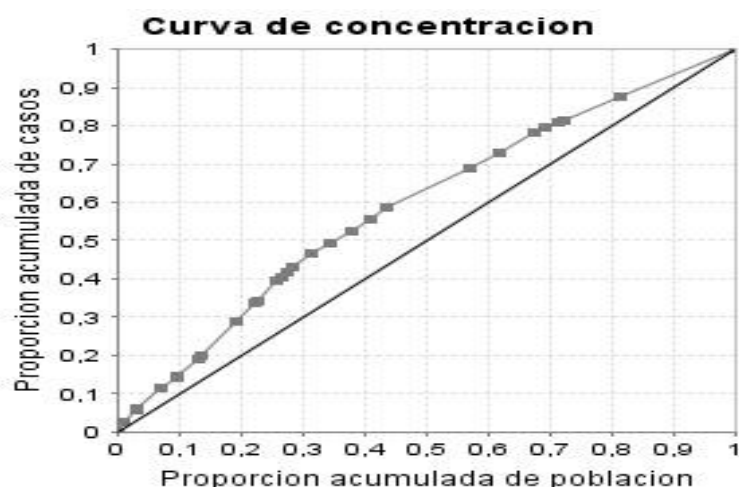


Fuente: Base de datos Sispro 2013

- Índice de concentración de salud

La magnitud de la desigualdad entre los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez y el NBI se puede estimar a través del índice de concentración de salud.

Figura 40. Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI del departamento del Huila, 2011



Fuente: Aplicativo Sispro 2013

Determinantes estructurales

En la mayoría de los casos la etnia y el sitio de residencia son factores importantes que contribuyen a la presencia de casos de mortalidad materna y neonatal. Por ejemplo, ciertas etnias no asimilan un proceso de control prenatal que puede conllevar a la falta de atención médica oportuna, de igual manera las zonas distantes rurales de un municipio.

Etnia

El municipio de Pitalito no presentó mortalidad materna en etnias indígena, ROM, raizal, negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente.

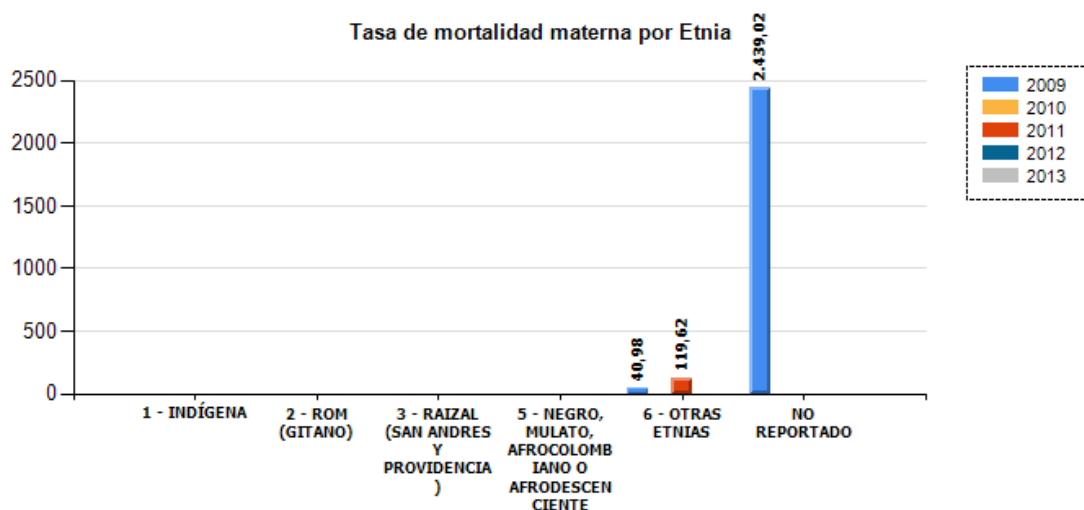


Tabla 19. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia del municipio de Pitalito Huila, 2009 – 2013

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013
1 - INDÍGENA					
2 - ROM (GITANO)					
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)					
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE					
6 - OTRAS ETNIAS	40,98		119,62		
NO REPORTADO	2.439,02				
Total General	79,81		118,86		

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Figura 41. Indicadores de Razón de mortalidad materna por etnia del municipio de Pitalito Huila, 2009 – 2013



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS; Registro de Estadísticas Vitales, Diciembre de 2005 - 2013

En cuanto a la tasa de mortalidad neonatal por etnia del municipio de Pitalito presenta tasas significativas en la población indígena en el 2009 y 2012 y en la población negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente.

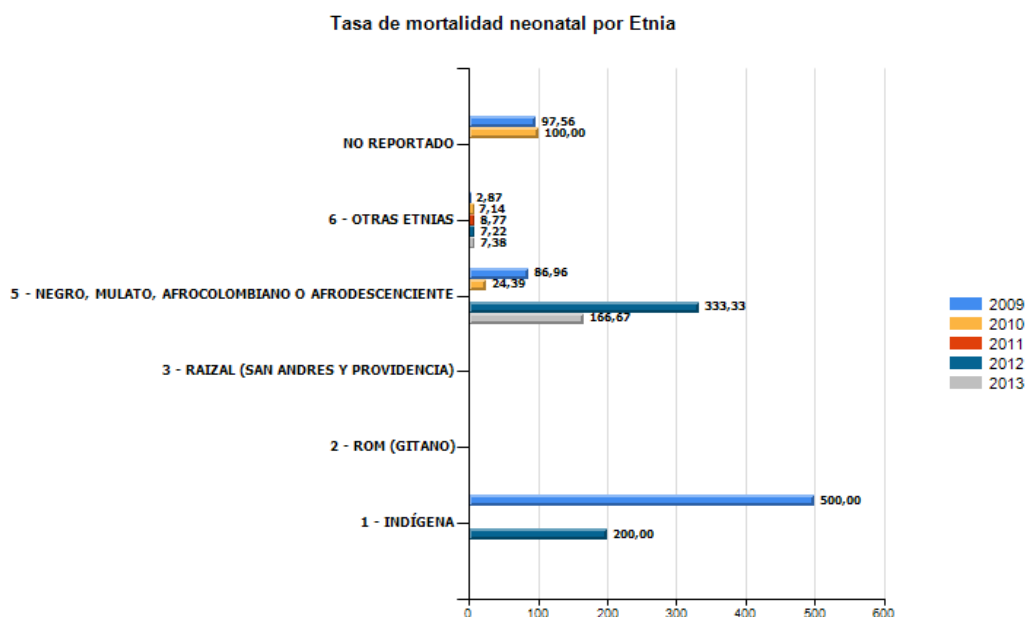


Tabla 20. Indicadores de Tasa de mortalidad neonatal por etnia del municipio de Pitalito Huila, 2009 – 2013

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013
1 - INDÍGENA	500,00			200,00	
2 - ROM (GITANO)					
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)					
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	86,96	24,39		333,33	166,67
6 - OTRAS ETNIAS	2,87	7,14	8,77	7,22	7,38
NO REPORTADO	97,56	100,00			
Total General	5,59	7,83	8,72	7,96	7,71

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS; Registro de Estadísticas Vitales, Diciembre de 2005 - 2013

Figura 42. Tasa de mortalidad neonatal por etnia municipio de Pitalito, 2005 - 2013



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS; Registro de Estadísticas Vitales, Diciembre de 2005 - 2013

Área de residencia

Se presentaron casos de tasa de razón de mortalidad materna en el año 2009 y 2011, los cuales en su mayoría se presentaron en el área rural, donde las condiciones de salud son muy limitadas por la distancia y las vías de acceso.

Tabla 21. Indicadores de Tasa de razón de mortalidad materna por área de residencia del municipio de Pitalito Huila, 2009 – 2013

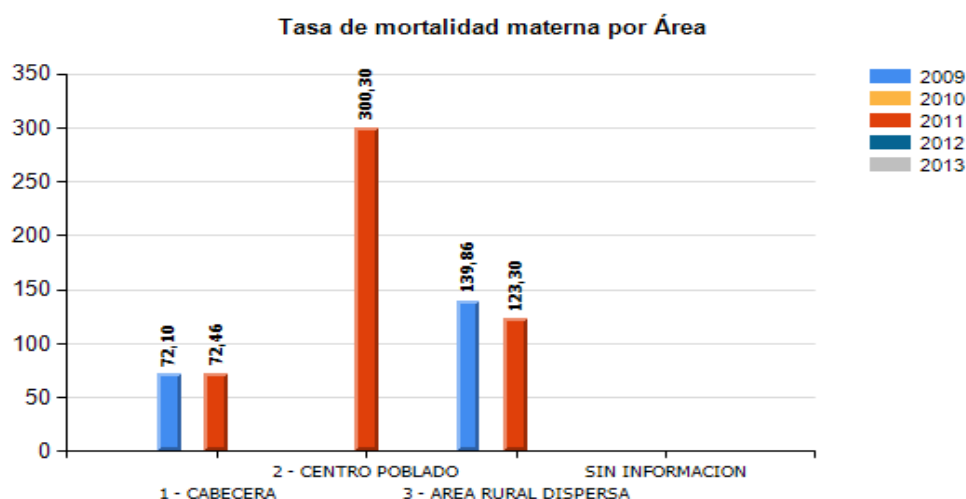
Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013
1 - CABECERA	72,10		72,46		
2 - CENTRO POBLADO			300,30		
3 - AREA RURAL DISPERSA	139,86		123,30		



SIN INFORMACION				
Total General	79,81	118,86		

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS; Registro de Estadísticas Vitales, Diciembre de 2005 - 2013

Figura 43. Tasa razón de mortalidad materna por área de residencia municipio de Pitalito, 2005 - 2013



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS; Registro de Estadísticas Vitales, Diciembre de 2005 - 2013

La tasa de mortalidad neonatal está directamente relacionada por el área de residencia, ya que la mayoría de los casos se presentaron en el área rural que, debido al difícil acceso, por tiempo prolongado y carreteras secundarias en mal estado al centro poblado, varios casos no se atendieron en forma oportuna

Tabla 22. Indicadores de Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia del municipio de Pitalito Huila, 2009 – 2013

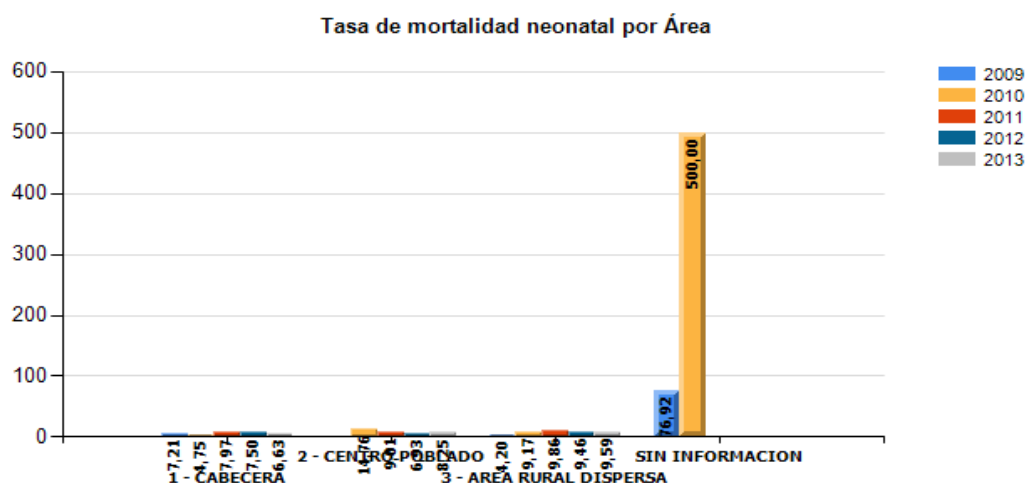
Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013
1 - CABECERA	7,21	4,75	7,97	7,50	6,63



2 - CENTRO POBLADO		14,76	9,01	6,93	8,25
3 - AREA RURAL DISPERSA	4,20	9,17	9,86	9,46	9,59
SIN INFORMACION	76,92	500,00			
Total General	5,59	7,83	8,72	7,96	7,71

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS; Registro de Estadísticas Vitales, Diciembre de 2005 - 2013

Figura 44. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia municipio de Pitalito, 2005 - 2013



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – RIPS; Registro de Estadísticas Vitales, Diciembre de 2005 - 2013

2.1.5.2 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil

A continuación, se enlistan las prioridades identificadas en la mortalidad general por las grandes causas, mortalidad específica por subgrupo y la mortalidad materno – infantil y



niñez, de acuerdo a las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales de la salud.

Tabla 23. Identificación de prioridades en salud del municipio de Pitalito Huila, 2013

	Causa de mortalidad identificada	Valor del indicador en la entidad territorial	Valor del indicador en la entidad territorial de referencia	Tendencia a través del tiempo 2005 al 2013
Mortalidad general por grandes causas	enfermedades del sistema circulatorio (población/mujeres)	188,35	No aplica	Tendencia al aumento
	las causas externas (hombres)	157,61		Mantiene la tendencia
Mortalidad específica por subgrupo	las enfermedades transmisibles	18,70		Tendencia a la reducción
	El tumor maligno del útero	6,41		Tendencia a la reducción
	enfermedades isquémicas del corazón	104,37		Mantiene la tendencia
	los accidentes de transporte terrestre	24,91		Mantiene la tendencia
Mortalidad materno-infantil	Tasa de mortalidad por IRA	7,9		Tendencia a la reducción
	Tasa de mortalidad EDA	7,91		Tendencia a la reducción
	enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0	Mantiene la tendencia

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO

Conclusiones

Durante el periodo de estudio años 2005 al 2013, las tasas ajustadas en el municipio de Pitalito Huila han tenido una tendencia en aumento de algunos eventos como las mortalidades por causas externas y neoplasias y demás causas, las tasas por eventos como mortalidades perinatales se mantuvo constante con algunos picos. En los hombres la tasa



ajustada por la edad se observa una tendencia en aumento de las mortalidades por enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas tienden a decrecer. En las mujeres hay tendencia en el aumento de mortalidades como en la población masculina en las mortalidades por enfermedades del sistema circulatorio.

De acuerdo a las tasas ajustadas por la edad, la principal causa de muerte en el municipio de Pitalito Huila fueron las causas externas. En los hombres la primera causa de defunciones fue por causas externas y en las mujeres por las demás causas durante 2005 a 2013.

Durante el periodo entre 2005 a 2013, en la población en general, las causas externas son la principal razón de la mortalidad prematura (establecida con el indicador AVPP) en el municipio. En los hombres son la razón de la mayor cantidad de años de vida perdidos, en las mujeres de igual manera correspondió las causas externas.

En el grupo de las enfermedades transmisibles, tanto en hombres como en mujeres, las infecciones respiratorias agudas tienen mayor participación en la mortalidad del municipio. En las neoplasias, la población masculina se vio afectada por tumor maligno del estómago; en el grupo denominado de las enfermedades del sistema circulatorio la principal causa de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón tanto en hombres como en mujeres; dentro de las causas externas las agresiones (homicidios) fue la principal causa de mortalidad en la población masculina.

En relación a la mortalidad infantil durante el periodo 2005 a 2013, la principal causa de defunciones fueron las afecciones del periodo perinatal, igual en niños menores de un año la primera causa fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

No se presentaron casos de mortalidades infantiles por enfermedades hematopoyéticas, por enfermedades metabólicas nutricionales. Se presentaron mortalidades por enfermedades del sistema nervioso, por enfermedades del sistema respiratorio y en el periodo perinatal.

En el periodo entre 2005 a 2013 en el municipio de Pitalito se presentaron casos de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal se observa una tendencia a la disminución, la tasa de mortalidad infantil y de la niñez tiende a aumentar, igual que la



tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años. Esto indica que los indicadores que se encuentran en peor situación son las mortalidades neonatal, infantil, de la niñez e IRA en menores de cinco años.

Dentro de las posibles causas del comportamiento de la mortalidad general por grandes causas se encuentra la situación de violencia e intolerancia que mantiene las mortalidades por agresiones, los malos hábitos alimenticios y la falta de actividad física aumenta la incidencia de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y dentro de las afecciones perinatales la poca atención médica puesto que la mayoría de casos ocurren en sitios las zonas rurales de difícil acceso.

2.2 Análisis de la morbilidad

Se realiza 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 utiliza 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 incluye todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

Morbilidad atendida

Se realiza un análisis descriptivo de las frecuencias relativas de las principales causas de morbilidad en el ámbito municipal por ciclo vital y sexo, la fuente información a utilizar corresponde a los RIPS. En la población en general en el ciclo de la primera infancia, las Condiciones transmisibles tienen la mayor magnitud con tendencia a aumentar, seguido de las enfermedades no transmisibles. En la infancia tienen mayor magnitud las enfermedades no transmisibles con tendencia estable, igual que en el ciclo de la adolescencia, juventud, adultez y en las persona mayores.



Tabla 24. Principales causas de morbilidad, municipio de Pitalito 2009 – 2014

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	45,47	41,09	36,34	36,78	36,27	30,87	-5,40
	Condiciones materno perinatales	1,33	0,93	1,26	2,67	2,11	3,35	1,25
	Enfermedades no transmisibles	31,48	30,80	33,40	29,57	31,75	32,84	1,10
	Lesiones	5,64	5,79	5,59	6,33	7,79	8,09	0,31
	Signos y síntomas mal definidos	16,09	21,39	23,39	24,64	22,09	24,84	2,75
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	36,70	30,60	29,27	24,74	26,14	23,76	-2,38
	Condiciones materno perinatales	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,04	0,02
	Enfermedades no transmisibles	41,35	44,15	45,10	46,73	44,98	45,33	0,36
	Lesiones	6,37	6,95	6,12	7,66	8,33	7,27	-1,07
	Signos y síntomas mal definidos	15,55	18,28	19,50	20,85	20,54	23,61	3,07
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,16	23,88	24,25	17,21	18,28	17,05	-1,23



	Condiciones materno perinatales	2,23	2,17	1,53	2,62	2,33	2,77	0,44
	Enfermedades no transmisibles	46,81	46,54	45,26	48,07	45,30	46,19	0,89
	Lesiones	7,41	7,87	7,08	8,88	9,60	8,20	-1,40
	Signos y síntomas mal definidos	16,40	19,54	21,88	23,21	24,49	25,79	1,30
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,67	21,37	19,97	16,46	17,63	15,74	-1,90
	Condiciones materno perinatales	4,47	4,45	3,44	5,05	4,98	5,04	0,06
	Enfermedades no transmisibles	47,87	46,61	46,44	47,07	44,17	45,87	1,71
	Lesiones	7,59	8,20	7,66	9,17	9,31	8,87	-0,44
	Signos y síntomas mal definidos	16,41	19,37	22,48	22,25	23,91	24,48	0,56
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,01	18,93	16,93	14,34	15,99	14,24	-1,76
	Condiciones materno perinatales	1,67	1,60	1,44	1,78	2,25	1,77	-0,48
	Enfermedades no transmisibles	53,24	53,26	52,00	55,14	51,06	52,90	1,84
	Lesiones	6,81	7,38	7,11	7,31	8,51	7,69	-0,82
	Signos y síntomas mal definidos	16,27	18,84	22,52	21,44	22,18	23,40	1,22



Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,84	15,38	14,06	12,04	12,43	12,08	-0,34
	Enfermedades no transmisibles	59,71	62,36	56,07	59,97	58,54	59,46	0,92
	Lesiones	6,02	5,46	6,14	6,43	7,24	7,31	0,08
	Signos y síntomas mal definidos	15,43	16,79	23,73	21,56	21,80	21,14	-0,66

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Principales causas de morbilidad en hombres

En la población masculina en la Primera infancia las condiciones transmisibles y nutricionales son las de mayor magnitud con tendencia a disminuir, en la Infancia las condiciones transmisibles y nutricionales son las de mayor magnitud seguida de las enfermedades no transmisibles, ambas con tendencia al aumento. En la adolescencia, la juventud y la adultez las de mayor magnitud son las morbilidades de Enfermedades no transmisibles con tendencia al aumento. En el grupo de las Personas Mayores también la mayor magnitud la tienen las enfermedades no transmisibles pero con tendencia a disminuir.

Tabla 25. Principales causas de morbilidad en hombres, municipio Pitalito Huila 2009 – 2014

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013- 2014
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	45,70	41,01	35,76	36,20	36,59	30,59	-6,00
	Condiciones materno perinatales	1,53	1,04	1,36	2,75	1,93	3,41	1,48



	Enfermedades no transmisibles	30,17	29,79	33,73	29,31	31,67	32,51	0,84
	Lesiones	6,33	6,41	6,27	7,45	8,47	8,50	0,03
	Signos y síntomas mal definidos	16,27	21,75	22,88	24,28	21,34	24,99	3,65
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	36,22	30,63	28,36	25,02	26,28	23,58	-2,70
	Enfermedades no transmisibles	40,28	43,15	44,93	46,41	43,93	44,70	0,76
	Lesiones	8,56	8,55	8,13	9,16	9,89	8,11	-1,78
	Signos y síntomas mal definidos	14,94	17,67	18,58	19,41	19,89	23,61	3,71
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,78	25,04	25,16	18,12	19,57	18,65	-0,92
	Enfermedades no transmisibles	42,96	44,67	43,72	45,99	43,95	44,55	0,60
	Lesiones	11,36	11,61	10,29	14,11	14,62	11,95	-2,67
	Signos y síntomas mal definidos	15,90	18,67	20,83	21,78	21,85	24,85	2,99
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,22	23,32	22,08	17,81	19,60	18,26	-1,34
	Enfermedades no transmisibles	45,01	44,25	44,28	44,46	43,02	43,52	0,51
	Lesiones	13,16	14,21	13,02	17,23	16,42	14,79	-1,63



	Signos y síntomas mal definidos	15,61	18,23	20,62	20,50	20,97	23,43	2,46
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,96	19,09	16,79	13,63	16,84	14,85	-1,99
	Enfermedades no transmisibles	51,93	51,10	50,80	54,60	50,25	51,07	0,82
	Lesiones	11,44	12,61	11,89	12,39	13,46	12,13	-1,34
	Signos y síntomas mal definidos	14,66	17,19	20,52	19,38	19,45	21,96	2,51
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,02	15,13	12,99	11,19	11,93	11,09	-0,84
	Enfermedades no transmisibles	59,53	61,34	55,79	60,72	58,17	59,06	0,89
	Lesiones	7,33	6,12	7,92	6,54	8,34	8,23	-0,10
	Signos y síntomas mal definidos	15,12	17,42	23,30	21,56	21,56	21,61	0,05

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Principales causas de morbilidad en mujeres

En la población femenina como en la masculina, en la Primera infancia las condiciones transmisibles y nutricionales son las de mayor magnitud con tendencia a disminuir seguido de las enfermedades no transmisibles; en la Infancia las enfermedades no transmisibles son las de mayor magnitud con tendencia a aumentar seguida de las condiciones transmisibles y nutricionales con tendencia a disminuir. En la adolescencia, la juventud y la adultez las de mayor magnitud son las morbilidades de Enfermedades no transmisibles con tendencia estable igual que en la adultez y en el grupo de las Personas Mayores.



Tabla 26. Principales causas de morbilidad en mujeres, municipio Pitalito Huila 2009 – 2014

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	45,22	41,17	36,96	37,43	35,91	31,19	-4,72
	Condiciones materno perinatales	1,11	0,81	1,16	2,59	2,30	3,28	0,98
	Enfermedades no transmisibles	32,88	31,89	33,06	29,86	31,83	33,22	1,39
	Lesiones	4,89	5,11	4,88	5,08	7,04	7,64	0,59
	Signos y síntomas mal definidos	15,90	21,01	23,94	25,04	22,91	24,66	1,75
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	37,17	30,58	30,17	24,46	25,99	23,95	-2,04
	Condiciones materno perinatales	0,05	0,03	0,03	0,04	0,03	0,08	0,05
	Enfermedades no transmisibles	42,37	45,14	45,26	47,06	46,04	46,03	-0,01
	Lesiones	4,28	5,36	4,14	6,14	6,74	6,34	-0,40
	Signos y síntomas mal definidos	16,13	18,89	20,41	22,30	21,20	23,61	2,41
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25,16	23,00	23,57	16,57	17,37	15,93	-1,44



	Condiciones materno perinatales	3,93	3,82	2,66	4,48	3,96	4,68	0,72
	Enfermedades no transmisibles	49,75	47,96	46,41	49,54	46,24	47,33	1,09
	Lesiones	4,39	5,04	4,70	5,18	6,09	5,61	-0,48
	Signos y síntomas mal definidos	16,77	20,19	22,66	24,23	26,34	26,45	0,11
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,29	20,28	18,79	15,74	16,58	14,27	-2,32
	Condiciones materno perinatales *	6,88	6,93	5,38	7,75	7,64	7,98	0,34
	Enfermedades no transmisibles	49,41	47,93	47,66	48,47	44,78	47,24	2,46
	Lesiones	4,59	4,85	4,65	4,86	5,51	5,43	-0,08
	Signos y síntomas mal definidos	16,84	20,01	23,53	23,19	25,49	25,09	-0,40
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,04	18,83	17,02	14,73	15,50	13,87	-1,63
	Condiciones materno perinatales	2,60	2,53	2,25	2,77	3,56	2,84	-0,73
	Enfermedades no transmisibles	53,98	54,53	52,68	55,44	51,53	54,00	2,47
	Lesiones	4,22	4,30	4,40	4,50	5,63	5,03	-0,60
	Signos y síntomas mal definidos	17,16	19,80	23,65	22,57	23,77	24,27	0,50



Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,47	15,59	14,91	2,61	12,84	12,88	0,04
	Enfermedades no transmisibles	59,86	63,19	56,30	12,19	58,84	59,78	0,94
	Lesiones	5,01	4,93	4,72	1,30	6,32	6,58	0,26
	Signos y síntomas mal definidos	15,67	16,29	24,06	4,43	22,00	20,76	-1,24

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

2.2.2. Morbilidad específica por subgrupo

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utiliza la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realiza estimación de cambios en las proporcionales durante el periodo 2009 a 2014.

Condiciones transmisibles y nutricionales

Dentro de las principales causas de morbilidad por las condiciones transmisibles y nutricionales en la primera infancia predomina las infecciones respiratorias con tendencia estable, en la infancia predomina las enfermedades infecciosas y parasitarias con tendencia al aumento seguido de las infecciones respiratorias que se mantienen estable. En la adolescencia y la juventud la primera causa son las enfermedades infecciosas y parasitarias con tendencia a aumentar seguido de las infecciones respiratorias con tendencia a disminuir. En la adultez y la Persona mayor la primera causa de morbilidad son las enfermedades infecciosas y parasitarias con comportamiento estable.

Tabla 27. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, municipio de Pitalito 2009 – 2014

Ciclo vital	Condiciones transmisibles y nutricionales	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
-------------	---	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	---



Primera infancia (0 - 5años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	42,09	40,72	43,33	42,92	40,96	41,43	0,47
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	55,93	57,44	54,93	54,32	57,26	55,83	-1,43
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,97	1,84	1,74	2,77	1,78	2,74	0,96
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48,98	54,32	61,02	55,19	51,77	51,58	-0,19
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,46	44,36	37,81	42,78	45,99	46,70	0,71
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,55	1,32	1,17	2,03	2,24	1,72	-0,52



Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	50,00	56,06	62,65	60,90	56,70	59,86	3,16
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,68	41,80	36,16	37,17	41,04	37,81	-3,23
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,32	2,14	1,18	1,93	2,26	2,33	0,08
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	50,98	55,68	59,08	62,58	57,12	59,70	2,58
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,96	42,29	39,39	35,90	41,18	38,46	-2,73
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,06	2,03	1,53	1,52	1,69	1,84	0,15



Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	50,27	57,39	52,05	57,72	54,06	54,82	0,76
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	48,43	40,64	46,44	40,27	44,22	43,93	-0,29
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,31	1,96	1,51	2,02	1,71	1,24	-0,47
Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	47,72	54,61	52,50	50,50	47,59	48,84	1,26
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51,12	43,36	46,01	46,31	50,33	48,91	-1,42
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,16	2,03	1,49	3,20	2,08	2,25	0,17

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014



Condiciones materno perinatales

Las condiciones derivadas durante el periodo perinatal son la principal causa de morbilidad dentro de las condiciones maternas perinatales en la primera infancia y en la infancia. En la adolescencia, juventud y adultez, la primera causa son las condiciones maternas con tendencia estable.

Tabla 28. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, municipio de Pitalito 2009 – 2014

Ciclo vital	Subgrupo de causa de morbilidad	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones maternas (O00-O99)	0,68	4,05	0,75	0,00	1,02	0,49	-0,53
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	99,32	95,95	99,25	100,00	98,98	99,51	0,53
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	33,33	50,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	66,67	50,00	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	96,26	96,71	95,71	100,00	93,72	93,55	-0,17



	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	3,74	3,29	4,29	0,00	6,28	6,45	0,17
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	96,23	97,89	96,56	100,00	93,24	95,74	2,50
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	3,77	2,11	3,44	0,00	6,76	4,26	-2,50
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	95,90	98,24	97,58	100,00	96,67	97,12	0,45
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4,10	1,76	2,42	0,00	3,33	2,88	-0,45

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Enfermedades no transmisibles

En el ciclo vital de la Primera Infancia, las enfermedades musculo esquelético son las de mayor magnitud con tendencia a aumentar seguida de las enfermedades de la piel con tendencia a disminuir y las enfermedades respiratorias con tendencia a disminuir. Aunque en baja proporción hay morbilidad en este ciclo por las neoplasias.

Tabla 29. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia municipio de Pitalito 2009 – 2014



Ciclo vital	Subgrupo de causa de morbilidad Enfermedades no transmisibles	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,24	0,08	0,13	0,27	0,30	0,29	-0,01
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,27	0,27	0,26	0,28	0,28	0,36	0,07
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,01	0,03	0,01	0,07	0,03	0,04	0,002
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	0,99	0,84	1,04	1,39	1,44	1,22	-0,22
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	1,33	1,35	1,38	1,81	1,82	1,70	-0,12
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,38	5,28	4,65	4,33	5,49	4,82	-0,67
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,24	0,27	0,27	0,52	0,36	0,49	0,12
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,05	6,58	6,09	7,46	6,64	5,03	-1,60
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	3,40	2,68	3,74	5,11	4,40	3,45	-0,94



Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	5,28	5,01	3,91	5,41	5,14	4,57	-0,56
Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,87	6,91	7,14	7,01	6,84	6,96	0,11
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	47,79	51,36	50,34	57,59	53,56	52,63	-0,92
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	4,25	3,22	3,58	3,66	3,40	4,70	1,29
Condiciones orales (K00-K14)	13,84	16,03	17,41	5,03	10,22	13,68	3,45

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

En el ciclo vital de la Infancia, las condiciones orales son las de mayor magnitud con tendencia a disminuir, seguida de las enfermedades órganos de los sentidos con tendencia a aumentar, las enfermedades respiratorias con tendencia estable y enfermedades de la piel con tendencia a disminuir.

Tabla 30. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la infancia municipio de Pitalito Huila 2009 – 2014

Ciclo vital	Subgrupo de causa de morbilidad Enfermedades no transmisibles	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,28	0,28	0,35	0,26	0,27	0,21	-0,06
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,33	0,35	0,42	0,39	0,42	0,47	0,04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,09	0,06	0,07	0,13	0,10	0,06	-0,03



Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,18	1,47	1,59	2,35	2,31	2,23	-0,08
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3,52	3,47	3,36	5,38	4,60	4,99	0,39
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,65	10,70	9,29	9,37	14,60	16,62	2,02
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,56	0,57	0,94	0,75	0,70	0,77	0,06
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	9,76	7,87	7,71	9,47	9,56	9,07	-0,49
Enfermedades digestivas (K20-K92)	4,04	3,85	3,48	5,42	6,01	5,14	-0,86
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,16	5,75	4,91	5,81	6,42	7,61	1,19
Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,57	7,45	7,43	7,44	6,79	7,29	0,49
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	4,37	4,14	3,43	4,67	4,96	5,38	0,42
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,27	1,51	1,08	2,48	1,61	2,63	1,02
Condiciones orales (K00-K14)	47,17	52,47	55,89	46,04	41,57	37,45	-4,11

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014



En la Adolescencia, las enfermedades musculo esqueléticas son las de mayor proporción con tendencia al aumento seguido de las condiciones orales con tendencia a disminuir y las enfermedades genitourinarias con una ligera tendencia estable.

Tabla 31. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia municipio de Pitalito 2009 – 2014

Ciclo vital	Subgrupo de causa de morbilidad Enfermedades no transmisibles	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,09	0,14	0,11	0,21	0,19	0,16	-0,02
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,51	0,43	0,46	0,64	0,42	0,57	0,14
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,04	0,05	0,05	0,09	0,05	0,06	0,01
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,20	1,26	1,25	1,62	1,55	1,54	-0,01
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,38	3,69	3,37	4,28	3,95	4,40	0,44
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,52	5,75	5,54	5,56	9,06	8,67	-0,38
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,58	0,77	0,45	0,90	0,62	0,96	0,34



Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,02	3,46	3,86	3,90	3,68	3,04	-0,64
Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,45	4,65	4,71	5,00	4,86	5,05	0,18
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,07	7,76	8,67	9,67	8,17	10,08	1,90
Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,45	5,50	6,09	5,38	5,14	5,15	0,008
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	38,35	37,21	38,37	39,58	41,66	43,42	1,75
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,63	0,59	0,63	0,91	0,85	0,73	-0,11
Condiciones orales (K00-K14)	22,64	28,67	26,36	22,20	19,72	16,11	-3,60

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

En la juventud dentro de las enfermedades no transmisibles las de mayor magnitud están las condiciones orales con tendencia a disminuir, seguida de las enfermedades genitourinarias y enfermedades digestivas con tendencia constante.

Tabla 32. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud municipio de Pitalito Huila 2009 – 2014

Ciclo vital	Subgrupo de causa de morbilidad Enfermedades no transmisibles	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,30	0,31	0,22	0,45	0,39	0,34	-0,04



Otras neoplasias (D00-D48)	0,92	0,74	0,75	1,19	0,77	0,90	0,13
Diabetes mellitus (E10-E14)	0,03	0,04	0,04	0,07	0,04	0,05	0,009
Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,18	2,38	2,49	2,89	3,16	3,11	-0,04
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,77	5,89	5,09	6,72	6,84	6,88	0,04
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,49	7,11	7,46	8,33	11,72	11,28	-0,44
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,07	1,51	1,17	2,03	1,90	1,80	-0,09
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,39	3,79	3,62	4,40	4,14	3,76	-0,38
Enfermedades digestivas (K20-K92)	10,35	9,11	8,48	8,654	9,48	9,69	0,21
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	22,51	19,37	22,78	22,96	21,15	24,11	2,96
Enfermedades de la piel (L00-L98)	8,35	7,50	7,95	7,90	8,00	7,91	-0,08
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	5,55	5,12	5,20	4,78	5,08	6,04	0,95



Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,41	0,45	0,59	0,79	1,08	0,76	-0,31
Condiciones orales (K00-K14)	29,62	36,61	34,09	28,77	26,20	23,30	-2,89

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

En la adultez dentro de las enfermedades no transmisibles las de mayor magnitud están las enfermedades genitourinarias seguidas de condiciones orales y las enfermedades digestivas con tendencia constante.

Tabla 33. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez municipio de Pitalito 2009 – 2014

Ciclo vital	Subgrupo de causa de morbilidad Enfermedades no transmisibles	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,74	0,88	0,68	0,95	0,97	0,87	-0,10
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,27	1,35	1,31	2,36	1,99	2,12	0,13
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,52	1,64	1,67	1,59	1,50	1,66	0,16
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,90	6,47	6,77	7,42	7,04	7,60	0,56
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,56	6,47	5,26	5,49	5,62	6,25	0,62



Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,27	7,71	7,93	10,03	12,28	11,85	-0,42
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	8,59	9,89	8,49	8,04	7,19	7,58	0,38
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,05	3,25	3,46	3,88	3,70	3,12	-0,58
Enfermedades digestivas (K20-K92)	12,56	12,17	13,038	11,80	12,80	10,50	-2,30
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	20,15	17,97	18,60	20,27	18,63	21,66	3,03
Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,53	5,75	6,11	5,24	5,53	5,00	-0,53
Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	4,80	4,78	4,37	3,78	4,54	4,84	0,29
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,23	0,25	0,20	0,48	0,54	0,40	-0,13
Condiciones orales (K00-K14)	18,77	21,36	22,04	18,60	17,60	16,47	-1,12

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

En las Personas Mayores dentro de las enfermedades no transmisibles las de mayor magnitud están las enfermedades musculo esqueléticas con tendencia a disminuir, seguida de las enfermedades cardiovasculares con tendencia a disminuir y enfermedades digestivas y genitourinarias. También están presentes en menor magnitud las neoplasias, la diabetes y las condiciones orales.



Tabla 34. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años municipio de Pitalito 2009 – 2014

Ciclo vital	Subgrupo de causa de morbilidad Enfermedades no transmisibles	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Persona mayor (> 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,78	1,04	0,99	1,54	1,62	1,30	-0,31
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,49	0,57	0,64	0,99	0,85	0,93	0,07
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,59	3,87	4,03	3,71	3,77	3,41	-0,35
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,85	4,30	5,17	5,03	3,89	4,23	0,34
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	2,96	2,33	2,54	2,60	2,73	2,61	-0,12
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,68	7,05	7,48	8,82	9,39	8,76	-0,63
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	19,59	24,64	20,06	17,73	17,42	17,12	-0,30
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,96	4,46	4,23	4,67	4,50	4,41	-0,08
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,08	6,93	7,19	7,84	7,16	5,94	-1,21



Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,02	6,19	5,82	8,12	7,51	14,29	6,77
Enfermedades de la piel (L00-L98)	3,81	3,14	3,38	2,99	3,22	2,64	-0,57
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	37,47	32,76	34,78	32,20	34,27	31,26	-3,01
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,06	0,04	0,06	0,25	0,18	0,15	-0,02
Condiciones orales (K00-K14)	2,59	2,60	3,55	3,44	3,42	2,88	-0,54

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Lesiones

En todos los ciclos vitales las lesiones de mayor magnitud son los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98) con tendencia constante en los años del periodo de estudio, seguido de las lesiones no intencionales en todos los ciclos vitales.

Tabla 35. Morbilidad específica por las lesiones, municipio de Pitalito 2009 – 2014

Ciclo vital	Lesiones	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8,24	4,76	8,83	8,18	5,87	4,40	-1,47



	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,32	0,22	0,17	0,00	0,27	0,00	-0,27
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,17	0,23	0,14	0,10	-0,03
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91,44	95,02	90,83	91,59	93,72	95,50	1,77
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	9,62	7,11	8,35	7,67	8,81	5,39	-3,43
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,19	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	90,19	92,65	91,44	92,33	91,19	94,61	3,43



Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,53	4,45	4,86	4,89	7,24	4,06	-3,17
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,84	2,78	2,82	3,26	2,20	1,40	-0,80
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,17	0,19	0,16	0,00	0,13	0,00	-0,13
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,46	92,58	92,16	91,85	90,44	94,54	4,10
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,39	5,05	5,26	5,06	7,03	4,48	-2,55
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,62	2,42	2,93	3,19	1,38	0,85	-0,53
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,10	0,11	0,09	0,09	0,21	0,06	-0,15
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,89	92,43	91,72	91,66	91,38	94,61	3,23



Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40- Y86, Y88, Y89)	5,02	4,70	5,94	5,29	6,68	5,54	-1,14
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35- Y36, Y870, Y871)	0,97	0,25	0,49	0,59	0,76	0,45	-0,31
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,06	0,10	0,00	0,08	0,15	0,07
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,01	94,98	93,47	94,12	92,48	93,86	1,38
Persona mayor (> 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40- Y86, Y88, Y89)	5,50	6,20	8,21	7,00	6,11	4,27	-1,84
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35- Y36, Y870, Y871)	0,25	0,28	0,56	0,00	0,16	0,12	-0,04
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,25	93,52	91,23	93,00	93,73	95,61	1,88
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

Se realiza estimación de los siguientes indicadores, la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal; la incidencia de VIH notificada; la incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada, la fuentes de información para el primer indicador anteriormente enlistado es la Cuenta de Alto Costo - CAC y para los restantes índices la fuente de información corresponde al Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA.

Se realiza un análisis descriptivo de las medidas de frecuencia (prevalencia e incidencia) para calcular la razón de prevalencia, la razón de incidencia con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. El municipio de Pitalito toma como valor de referencia el departamento del Huila.

Tabla 36.Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del departamento del Huila, municipio de Pitalito, 2008-2014

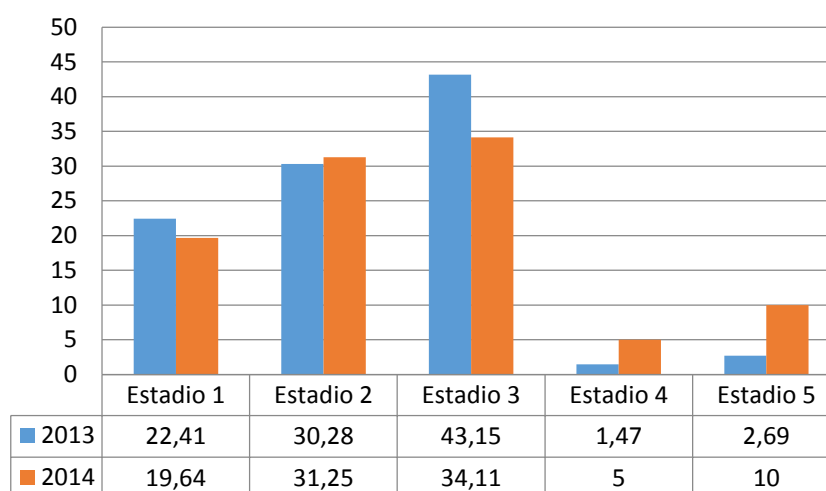
Evento de alto costo	Referencia (Huila)	Pitalito Huila	2013	2014
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	0	0	-	-
Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000 afiliado.	14,9	0	-	-



Incidencia de VIH notificada.	9,0	8,52		↘	↘
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada.	0,09	0		-	-
Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años.	0,62	0,39		↗	↘

Fuente: Estimación a nivel del departamento,
Cuenta de Alto Costo – CAC
Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA.

Figura 45. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica – ERC en el municipio de Pitalito Huila, 2013 - 2014



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

La enfermedad renal crónica (ERC) ha sido considerada en el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas del Sistema y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales.

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Se realiza un análisis descriptivo de la estimación de la razón letalidad y sus intervalos de confianza al 95% durante los años 2007 al 2012.



Tabla 37. Eventos precursores del departamento, del Huila 2009 -2012

Eventos precursores	Referencia Colombia	Departamento del Huila		2009	2010	2011	2012
Prevalencia de diabetes mellitus	1,37	1,1		↗	↗	↗	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	5,39	4,3		↗	↗	↘	↘

Fuente: Aplicativo Sispro 2013

Evento de Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV

Para el municipio de Pitalito no se presentaron las letalidades por Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV en el periodo de estudio.

Eventos asociados a factores de riesgo ambiental

Para el municipio de Pitalito no se presentaron las letalidades por factores de riesgo ambiental en el periodo de estudio.

Eventos por micobacterias

En el municipio de Pitalito la letalidad por tuberculosis pulmonar fue de 15,79 superior a la del departamento que fue de 15,0.

Eventos de zoonosis

Para el municipio de Pitalito no se presentaron las letalidades por eventos de zoonosis en el periodo de estudio.

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Para el municipio de Pitalito, no se presentaron letalidades por eventos de infecciones de transmisión sexual.

Otros eventos de interés en salud pública



Para el municipio de Pitalito no se presentaron las letalidades por otros eventos de interés en salud pública en el periodo de estudio, exceptuando letalidad por IRAG en el año 2013.





Tabla 38. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria del municipio de Pitalito, 2007-2013

Eventos de Notificación Obligatoria	Referencia (Huila) 2013	Pitalito Huila	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Letalidad por accidente ofídico	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por cólera	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por chagas	22,22	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por dengue grave	2,30	0	↗	-	↘	-	-	-	-
Letalidad por difteria	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por EDA	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por ETA	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por ESAVI	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por fiebre amarilla	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por fiebre paratifoidea y paratifoidea	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por hepatitis A	0	0	-	-	-	-	-	-	-



Letalidad por hepatitis B	1,28	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por hipotiroidismo congénito	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por IRAG	24,39	200,0		-	-	-	-	-	-	↗
Letalidad por intoxicaciones	0,69	0		↗	↘	↗	-	↗	↘	-
Letalidad por leishmaniasis	0,01	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis cutánea	0,01	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis mucosa	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis visceral	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leptospirosis	12,50	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria falciparum	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria malariae	0	0		-	-	-	-	-	-	-



Letalidad por malaria vivax	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae – Hi	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis – Nm	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis tuberculosa	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por parálisis flácida	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por parotiditis	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rabia humana	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rotavirus	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rubeola	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por sarampión	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por sífilis congénita	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por síndrome de rubeola congénita	0	0		-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tétanos accidental	0	0		-	-	-	-	-	-	-



Letalidad por tétanos neonatal	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tosferina	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis farmacorresistente	0	0	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	45,28	0	↘	↗	-	↘	↗	↘	-
Letalidad por tuberculosis pulmonar	7,02	0	↗	↘	-	↘	↗	↘	-
Letalidad por varicela	0,06	0	-	-	-	↗	-	-	-

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO

Eventos de notificación

El municipio de Pitalito no presentó eventos de letalidad durante el periodo de estudio de malaria falciparum y leishmaniasis visceral. Sin embargo cabe destacar la letalidad por IRAG que se presentó con tendencia mayor a la del departamento, lo que implica un aumento en la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios principalmente en menores de cinco años.

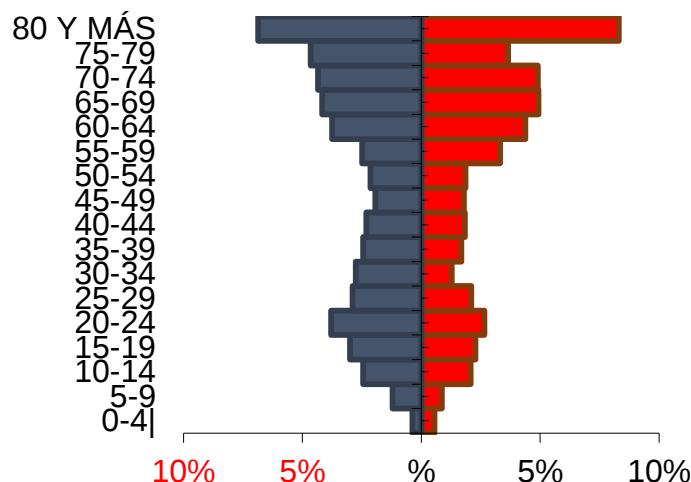
2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad

Se realiza una descripción de las personas en condición de discapacidad, detallando el tipo de discapacidad, sexo, grupo de edad quinquenal. Las alteraciones permanentes están organizadas por las siguientes categorías 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 cardiorrespiratorio y las defensas; la digestión, el metabolismo y las hormonas; el sistema genital y reproductivo y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.



La población en situación de discapacidad mayor de 80 años es la más afectada en el municipio de Pitalito y la de mayor proporción son las mujeres en comparación a la población masculina.

Figura 46. Pirámide de la población en condición de discapacidad del municipio de Pitalito 2014.



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

El tipo de discapacidad predominante en el municipio de Pitalito es la alteración en el movimiento del cuerpo, manos, brazos o piernas, seguido de la discapacidad en los ojos. La menor alteración es en la piel.

Tabla 39. Tipo de discapacidad del municipio Pitalito Huila, 2014

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	808	38,01
El sistema nervioso	717	33,73
Los ojos	733	34,48
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	544	25,59
Los oídos	273	12,84
La voz y el habla	270	12,70
La digestión, el metabolismo, las hormonas	155	7,29
El sistema genital y reproductivo	123	5,79



La piel	34	1,60
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	37	1,74
Ninguna		0,00
Total	2126	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

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, se enlista las cinco principales causas de morbilidad identificadas en las grandes causas de morbilidad.

Tabla 40. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria municipio de Pitalito

	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de la entidad territorial de referencia (Huila) 2014	Valor del indicador de la entidad territorial (Pitalito Huila) 2014
Morbilidad por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales	171,74	No aplica
	Condiciones materno perinatales	19,34	
	Enfermedades no transmisibles	421,69	
	Lesiones	64,85	
	Condiciones mal clasificadas	178,64	
Eventos de alto	Prevalencia de enfermedad renal crónica	58.38	0



costo

en fase cinco con
necesidad de terapia de
restitución o reemplazo
renal* (*)

Tasa de incidencia de
enfermedad renal crónica
en fase cinco con
necesidad de terapia de
restitución o reemplazo
renal por 100.000 afiliado
* (*)

13.88

0

Progresión de la
enfermedad renal crónica
entre 2010 y 2012
(número de personas) *
(*)

3310

0

Progresión de la
enfermedad renal crónica
estadío 0 (número de
personas) * (*)

2765

0

Progresión de la
enfermedad renal crónica
estadío 1(número de
personas) * (*)

214

0

Progresión de la
enfermedad renal crónica
estadío 2 (número de
personas) * (*)

218

0

Progresión de la
enfermedad renal crónica
estadío 3 (número de

84

0



	personas) * (*)		
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 4 (número de personas) * (*)	29	0
	Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000 *** (*)	0	0
	Incidencia de VIH notificada **	655	14
	Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada **	10	0
	Incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años notificada **	60	0
Eventos precursores	Prevalencia de enfermedad renal crónica	64.58	
	Prevalencia de hipertensión arterial	4,3	
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad por accidente ofídico	0	0
	Letalidad por cólera	0	0
	Letalidad por chagas	22,22	0
	Letalidad por dengue grave	2,30	0



Letalidad por difteria	0	0
Letalidad por EDA	0	0
Letalidad por ETA	0	0
Letalidad por ESAVI	0	0
Letalidad por fiebre amarilla	0	0
Letalidad por fiebre paratifoidea y paratifoidea	0	0
Letalidad por hepatitis A	0	0
Letalidad por hepatitis B	1,28	0
Letalidad por hipotiroidismo congénito	0	0
Letalidad por IRAG	24,39	200,0
Letalidad por intoxicaciones	0,69	0
Letalidad por leishmaniasis	0,01	0
Letalidad por leishmaniasis cutánea	0,01	0
Letalidad por leishmaniasis mucosa	0	0
Letalidad por leishmaniasis visceral	0	0
Letalidad por leptospirosis	12,50	0



Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0	0
Letalidad por malaria	0	0
Letalidad por malaria falciparum	0	0
Letalidad por malaria malariae	0	0
Letalidad por malaria vivax	0	0
Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae - Hi	0	0
Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis - Nm	0	0
Letalidad por meningitis tuberculosa	0	0
Letalidad por parálisis flácida	0	0
Letalidad por parotiditis	0	0
Letalidad por rabia humana	0	0
Letalidad por rotavirus	0	0
Letalidad por rubeola	0	0
Letalidad por sarampión	0	0
Letalidad por sífilis	0	0



congénita

Letalidad por síndrome de rubeola congénita	0	0
Letalidad por tétanos accidental	0	0
Letalidad por tétanos neonatal	0	0
Letalidad por tosferina	0	0
Letalidad por tuberculosis	0	0
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	45,28	0
Letalidad por tuberculosis pulmonar	7.02	0
Letalidad por varicela	0,06	0

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Conclusiones

Para el municipio de Pitalito la morbilidad presenta la mayor magnitud en las enfermedades respiratorias y parasitarias dentro de las condiciones transmisibles y las enfermedades musculo esqueléticas, genitourinarias y orales dentro de las no transmisibles.

En las lesiones las de mayor magnitud son las de intencionalidad indeterminada y traumatismos. Para el municipio no hay reportes de los eventos de alto costo y dentro de los eventos de notificación obligatoria la IRAG tuvo una mayor letalidad en comparación a la del departamento. Las principales alteraciones permanentes en la población con discapacidad son movimiento del cuerpo y alteraciones de ojos, sistema nervioso y oídos.



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 realiza utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad tan solo se estimarán 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 estima 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

Se realiza el análisis descriptivo de las condiciones de vida de acuerdo a la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. El municipio de Pitalito toma como valor de referencia el departamento del Huila. El análisis puede profundizar la tendencia en el tiempo según la disponibilidad de información

- **Cobertura de servicios de electricidad:** El municipio llega a una cobertura del 100,0%.
- **Cobertura de acueducto** La cobertura de acueducto llegue a un 94,6% de la población.
- **Cobertura de alcantarillado** La cobertura de alcantarillado municipal es deficiente, 52,5%, y más evidente en las zonas rurales.
- **Cobertura de servicios de telefonía:** Este indicador no es relevante ya que la cobertura de teléfono para el municipio de Pitalito Huila es del 8,1%, hoy en día las personas prefieren cubrir este servicio con la telefonía celular.



- **Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA):** Según el IRCA la calidad del agua para el municipio de Pitalito Huila alcanza el 70,9 lo cual preocupa a la hora de evaluar condiciones sanitarias desfavorables de la población a pesar de ser más alto que el del departamento.

Tabla 41. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del departamento Huila, municipio Pitalito.

Determinantes intermediarios de la salud	Referencia		
	(Huila). 2014	Pitalito. 2014	
Cobertura de servicios de electricidad	99,4	100,0	
Cobertura de acueducto	72,4	94,64	
Cobertura de alcantarillado	53,8	52,51	
Cobertura de servicios de telefonía	19,6	8,1	
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	51,7	30,4	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2014

Disponibilidad de alimentos

Para el municipio Pitalito se describe el porcentaje de nacidos vivos tomando como referencia la información del departamento del Huila. Este indicador tiene un valor similar al referente, el departamento con tendencia a aumentar.

Tabla 42. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del departamento del Huila,



Determinantes intermediarios de la salud	HUILA	PITALITO	Comportamiento					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EE VV DANE 2011)	6,57465	4,24						

Fuente: Estadísticas Vitales Dane 2011

Condiciones de trabajo

- **Incidencia de accidentalidad en el trabajo**, Para el municipio de Pitalito este indicador es de 18,71

- **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 municipio de Pitalito tomara como valor de referencia el departamento del Huila.

- **Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar**: El municipio de Pitalito presenta una tasa de 180,5% de violencia intrafamiliar, es un dato parcial pues muchos casos no son notificados por desconocimiento de los mecanismos de información y por temor del entorno familiar y falta de tolerancia a nivel familiar y social. En este ítem se incluye la violencia a cualquier integrante de la familia.
- **Tasa de incidencia de violencia contra la mujer**: Para el municipio de Pitalito la tasa es de 187,9%, a pesar de ser menor que la del departamento, no deja de ser una cifra significativa que implica la atención preventiva y oportuna por parte del equipo de salud mental de la localidad a la población en general con énfasis en la población del área rural.



Tabla 43. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales del departamento del Huila, Municipio de Pitalito

Factores conductuales, psicológicos y culturales	Referencia (Huila)	Pitalito Huila	Diferencias relativas
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar * (Forensis 2011)	237,4	180,5	0,43
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer* (Forensis 2011)	770,6	187,9	0,21

Fuente: Aplicativo Sispro 2013

Sistema sanitario

Se analice del sistema sanitario según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. El municipio de Pitalito usa como referencia el departamento del Huila.

- **Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos:** La cobertura de BCG en el municipio de Pitalito llega al 92,4%, valor que cumple con las metas de vacunación.
- **Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año:** La cobertura de DPT en el municipio de Pitalito llega a la meta útil de vacunación un 88,39%.
- **Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año:** El municipio de Pitalito cumple con la vacunación con este biológico en su población infantil, 88,39%.
- **Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año:** El municipio de Pitalito cumple en un nivel óptimo la vacunación con este biológico en su población infantil, 99,39%.



- **Cobertura de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal:** El municipio de Pitalito presentó un porcentaje de 88,2% en los controles prenatales, mínimo cuatro durante la gestación. Este dato implica la importancia de buscar estrategias para captar a las embarazadas desde su primer mes de gestación y así, disminuir factores de riesgo.
- **Cobertura de parto institucional:** La cobertura del parto institucional llega en el municipio de Pitalito a 98,4%.
- **Porcentaje de partos atendidos por personal calificado:** La cobertura de parto atendido por personal calificado es del 99,1% lo cual indica la buena captación de la gestante para educarla y concientizarla sobre la importancia del alumbramiento en la institución de salud del municipio.

Tabla 44. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento del Huila

Determinantes intermedios de la salud	Huila Último año	Pitalito 2012	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)	18,7	0								
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	7,5	0								



Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2011, 2012)	94,1	0		-	-
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2012)	87,2	92,45		↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	87,2	88,39		↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	87,2	88,39		-	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	96,2	99,39		↗	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	87,6	88,2		↗	↘
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	97,8	98,3		↗	↘
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98	99,08		↗	↘

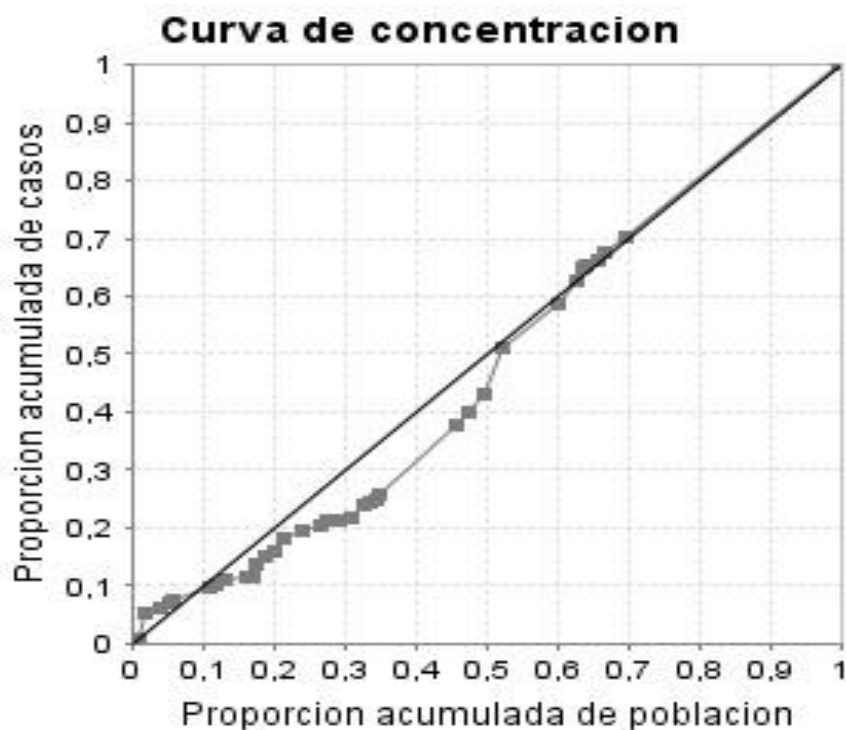
FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2013

Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI

La magnitud de la desigualdad entre el Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia y la NBI se puede estimar a través del índice de concentración de salud.



Figura 47 Índice de concentración del porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia según las NBI del departamento del Huila, 2005



Fuente: Aplicativo Sispro 2013

Tabla 45. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el municipio de Pitalito, 2012

Servicios habilitados	Instituciones Prestadoras de Salud	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Cirugía cardiovascular	2	0,48



Cardiología	17	4,08
Cirugía de mano	1	0,24
Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	3	0,72
Cirugía de tórax	5	1,20
Cirugía dermatológica	1	0,24
Cirugía endovascular neurológica	1	0,24
Cirugía gastrointestinal	2	0,48
Cirugía general	8	1,92
Cirugía ginecológica	8	1,92
Cirugía maxilofacial	5	1,20
Cirugía neurológica	5	1,20
Cirugía oftalmológica	7	1,68
Cirugía oncológica	4	0,96
Cirugía oral	3	0,72
Cirugía ortopédica	9	2,16
Cirugía otorrinolaringología	7	1,68
Cirugía pediátrica	5	1,20
Cirugía plástica oncológica	0	0,0
Cirugía plástica y estética	5	1,20
Cirugía urológica	10	2,40
Cirugía vascular y angiología	1	0,24
Cuidado intermedio adultos	4	0,96
Diagnostico cardiovascular	4	0.96



Ecocardiografía	5	1,20
Electro-diagnóstico	3	0,72
Endoscopia digestiva	5	1,20
Esterilización	1	0,2
Fisioterapia	15	3,60
Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	14	3,36
Hemodinámica	14	3,36
Implante de tejido óseo	2	0,48
Laboratorio citologías cervico -uterinas	3	0,72
Laboratorio clínico	17	4,08
Laboratorio de histo tecnología	3	0,72
Laboratorio de patología	2	0,48
Medicina nuclear	1	0,24
Nefrología - diálisis renal	3	0,72
Neumología -	2	0,48
fibrobroncoscopia	5	1,20
Neumología laboratorio función pulmonar	1	0,24
Otras cirugías	2	0,48
Quimioterapia	2	0,48
Radiología e imágenes diagnosticas	8	1,92
Radioterapia	1	0,24
Sala de enfermedades respiratorias agudas - ERA	1	0,24



Sala general de procedimientos menores	6	1,44
Servicio farmacéutico	22	5,28
Terapia respiratoria	4	0,96
Toma de muestras citologías cervico - uterinas	3	0,72
Toma de muestras de laboratorio clínico	17	4,08
Toma e interpretación de radiografías odontológicas	34	8,15
Trasplante de cornea	3	0,72
Trasplante de tejido osteomuscular	0	0,0
Ultrasonido	12	2,88
Urología - litotripsia urológica	1	0,24
Urología procedimiento	5	1,20
Vacunación	82	19,66

Fuente: Fuente: REPS - MSPS

Otros indicadores del sistema sanitario

El municipio de Pitalito cuenta con una Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, la ESE.

Tabla 46. Otros indicadores de sistema sanitario en el municipio de Pitalito, 2012



Número de IPS privadas	2
Número de camas por 1000 habitantes	142
Número de camas de adulto por 1000 habitantes	60
Número de camas de cuidado intensivo por 1000 habitantes	10
Número de camas de cuidado intermedio por 1000 habitantes	10
Número de ambulancias por 1000 habitantes	6
Número de ambulancias básicas por 1000 habitantes	4
Número de ambulancias medicalizadas por 1000 habitantes	2
Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad	3 horas

Fuente: Fuente: REPS - MSPS

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

El análisis identifica 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 Pitalito Huila.

- **Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas:** El municipio de Pitalito Huila presenta unas necesidades básicas Insatisfechas del 6,91%.
- **Proporción de población en hacinamiento,** La proporción de hacinamiento en el municipio de Pitalito es de 12,52.
- **Línea de indigencia:** la indigencia tiene un incremento significativo desde el 2008 hasta el 2012 aumentando este indicador en 11 puntos a nivel del departamento del Huila.
- **Coeficiente de Gini para ingresos:** El coeficiente de ingresos se mantiene desde el 2008 hasta el 2012 lo cual determina un nivel de ingresos que no mejora para nuestra población Huilense.



Tabla 47. Otros indicadores de ingreso, Municipio de Pitalito 2008-2012

Indicadores de ingreso	2008	2009	2010	2011	2012
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas				6,91%	
Proporción de población bajo la línea de pobreza				78,68%	
Proporción de población en miseria				34,66%	
Proporción de población en hacinamiento				12,55%	

Fuente: Aplicativo Sispro 2013

Proporción de población en Necesidades Básicas Insatisfechas NBI

Se describe mediante el Índice de Concentración en Salud, está conformado por una variable socioeconómica que corresponde al Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI y una variable de salud que corresponde a las dos primeras tasas crudas de mortalidad por Grandes Causas de la lista 6/67. El NBI representa la proporción de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, constituido por indicadores directamente relacionados con cuatro áreas de necesidades básicas de las personas vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo; disponible para el año 2011. Las variables de salud, " las dos primeras Grandes Causas de Mortalidad lista 6/67 expresadas como tasa general de mortalidad cruda.

Cobertura Bruta de educación

La cobertura bruta de educación en el municipio de Pitalito, según la estimación de razón de proporciones, es mayor en comparación al departamento del Huila. La Tasa bruta de educación categoría primaria tiene una tendencia a aumentar igual que la tasa bruta de educación categoría secundaria y media. La educación es un punto prioritario en las



múltiples necesidades de la población del municipio de Pitalito, su calidad es directamente proporcional a la calidad de vida.

Tabla 48. Tasa de cobertura bruta de educación del departamento del Huila. Municipio de Pitalito, 2005 – 2014

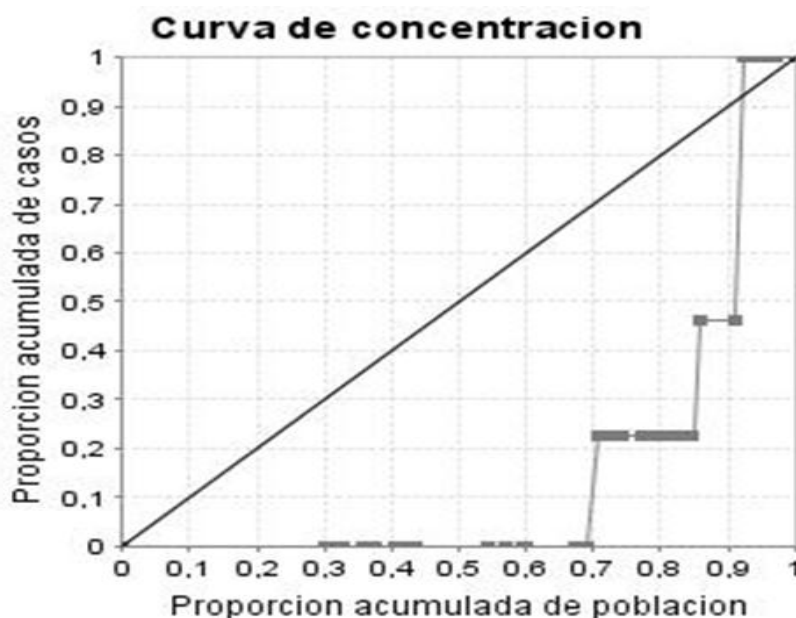
Eventos de Notificación Obligatoria	Huila Último año	Pitalito Último año	Comportamiento											
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	0	0			0									
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2014)	113,5	156,7	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2014)	104,7	116,9	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2014)	73,1	85,6	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	-	↗	↗	↗

Fuente: Aplicativo Sispro 2016

Cobertura de Acueducto



Figura 48. Análisis de desigualdad mediante el Índice de Concentración en Salud, relación entre cobertura de acueducto año 2011 y tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años año 2011. Departamento del Huila



Fuente: Aplicativo Sispro 2013.

En esta curva de concentración la población que no posee servicios de acueducto no se relaciona con los eventos de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda.

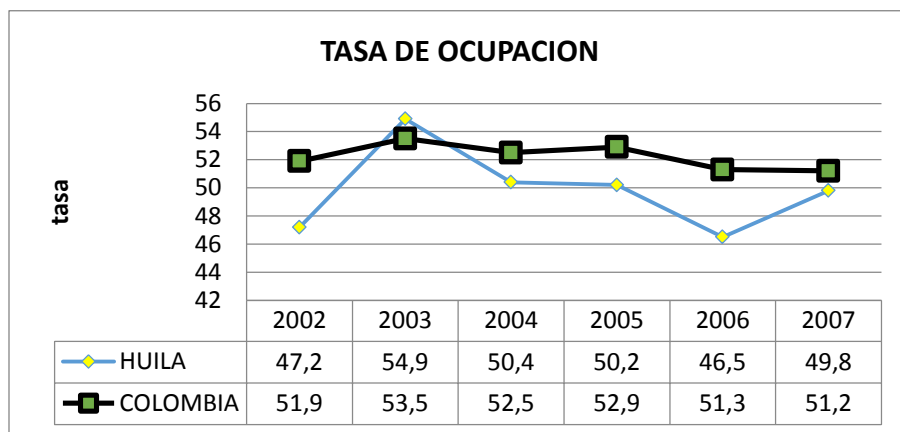
Ocupación

En Colombia 5 de cada 10 personas en edad laboral no poseen empleo lo cual preocupa el gran desaprovechamiento de mano de obra que genera posibles problemas sociales de acuerdo a su condición.

Población económicamente activa

En el departamento del Huila esta condición es similar a la nacional aunque el Huila no tiene una dinámica estable frente a este sector.

Figura 49. Población económicamente activa departamento del Huila

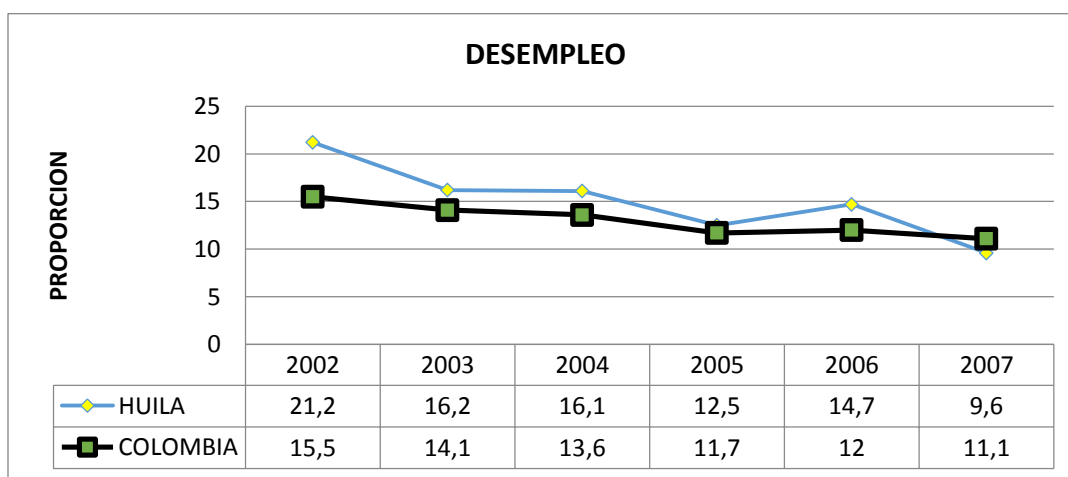


Fuente: Aplicativo Sispro 2013.

Tasa de desempleo

La tasa de desempleo para el departamento del Huila se asemeja a la conducta nacional esto debido a las políticas y programas estatales en pro del desarrollo de nuevos empleos además del incremento de la demanda del sector constructor.

Figura 50. Tasa de desempleo del departamento del Huila, 2001 -2007



Fuente: Base de Datos Sispro 2013.



Porcentaje de hogares con empleo informal

En el departamento del Huila la actividad laboral informal no está cuantificada aunque se podría aseverar que esta debe ser similar a la nacional y debe de estar alrededor del 8% de la población laboralmente activa.

Una vez identificados en la comunidad del municipio de Pitalito los elementos que lo integran: Problemas y acciones a desarrollar es necesario plantear responsables, ejecutores y plazos de solución, y por último realizar una fase de vigilancia y evaluación de la situación de salud y el impacto de las intervenciones establecidas en el plan de acción.

3.3. Estimación del Índice de Necesidades en Salud - INS

El indicador evalúa las condiciones de evolución de pobreza teniendo en cuenta todos sus componentes como: Hogares que habitan en viviendas inadecuadas, Hogares que habitan en viviendas sin servicios públicos básicos, Hogares con hacinamiento crítico, Hogares con inasistencia escolar, Hogares con alta dependencia económica.

Tabla 49. Índice de Necesidades en Salud del departamento del Huila.

Municipios	INS
Colombia	-8,72
Baraya	-8,55
Algeciras	-7,46
Hobo	-6,74
Tello	-6,38
Campoalegre	-4,05
Teruel	-2,91
Villavieja	-2,63
Iquira	-2,36
Oporapa	-1,25



Rivera	-1,21
Timaná	-1,09
Aipe	-1,06
Nataga	-1,06
Santa María	-1,05
Pital	-0,54
Saladoblanco	-0,03
Agrado	0,1
San Agustín	0,14
Palermo	0,21
Gigante	0,31
Tarqui	1,49
Isnos	2,02
Paicol	2,11
Elias	2,19
La Argentina	2,34
Palestina	2,35
Tesalia	2,58
Guadalupe	2,63
La Plata	2,83
Acevedo	2,98
Suaza	3,46
Yaguará	3,83
Altamira	4,91
Garzón	5,29
Pitalito	6,91
Neiva	8,39

Fuente: Aplicativo Sispro 2013

3.2. Priorización de los problemas de salud

Después de revisar la información disponible y pertinente, se realiza un listado de las situaciones consideradas problema para el Municipio. Los problemas se definen en términos operativos, como situaciones desfavorables que ameritan transformación.



Para lo cual se utilizó la Metodología de Hanlon, la cual tiene en cuenta las variables de magnitud, severidad, efectividad, factibilidad y se obtuvieron los resultados que se relacionan en la siguiente tabla.



MATRIZ DE PRIORIZACION MUNICIPIO DE PITALITO SEGÚN HANLON

Dimension	Problema	Magnitud (0-10)	Severidad (0-10)	Efectividad (0.5-1.5)	Factibilidad					
					Pertinencia (0-1)	Economía (0-1)	Recursos (0-1)	Legalidad (0-1)	Aceptabilidad (0-1)	
Salud ambiental	Necesidad de mejoramiento servicio de recolección de residuos sólidos en área rural, servicio de alcantarillado.	7	5	1	1	1	1	1	1	12
	Bajo porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada en el área rural	7	5	1	1	1	1	1	1	12
	Incidencia de Dengue	5	3	1	1	1	1	1	1	8
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Alta incidencia por condiciones orales	7	3	1	1	1	1	1	1	10
	Alta mortalidad por tumor de seno, cervix, prostata, estomago	5	8	1	1	1	1	1	1	13
	Enfermedades hipertensivas, cerebrovasculares, isquémicas	5	7	1	1	1	1	1	1	12
	Alta morbilidad de sistema genitourinario	3	3	1	1	1	1	1	1	6
Convivencia social y salud mental	Alto numero de Accidentes de transporte terrestre	7	7	1	1	1	1	1	1	14
	Alta tasa de Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4	7	1	1	1	1	1	1	11
	Alta tasa por Agresiones (homicidios)	5	5	1	1	1	1	1	1	10
	Alta morbilidad por Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	3	3	1	1	1	1	1	1	6
Seguridad alimentaria y nutricional	Antecedente de muerte por desnutrición	3	6	1	1	1	1	1	1	9
	Alta proporción de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales	7	7	1	1	1	1	1	1	14
	Presencia de casos de deficiencia nutricional en menores de 5 años	3	5	1	1	1	1	1	1	8
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alta tasa de Enfermedad por el VIH (SIDA)	7	7	1	1	1	1	1	1	14
	Alta tasa global de fecundidad	5	5	1	1	1	1	1	1	10
	Alta tasas especifica de fecundidad en mujeres de 10-19 años	4	5	1	1	1	1	1	1	9
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Infecciones respiratorias agudas	3	5	1	1	1	1	1	1	8
	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5	5	1	1	1	1	1	1	10
	Alta incidencia de tuberculosis	3	7	1	1	1	1	1	1	10
Salud pública en emergencias y desastres	Riesgo de incendios - quemas de basuras	3	4	1	1	1	1	1	1	7
	Riesgo por inundaciones	4	7	1	1	1	1	1	1	11
Salud y ámbito laboral	Alta población en edad productiva	4	3	1	1	1	1	1	1	7
	Bajo registro de enfermedades laborales	3	3	1	1	1	1	1	1	6
	Poco apoyo a la empresa en el área rural	4	5	1	1	1	1	1	1	9
Gestión diferencial de las poblaciones	Población en condición de discapacidad	4	6	1	1	1	1	1	1	10
	Presencia de población desplazada	4	7	1	1	1	1	1	1	11
	Presencia de población indígena	2	5	1	1	1	1	1	1	7



Una vez identificados en la comunidad del municipio de Pitalito los elementos que lo integran: Problemas y acciones a desarrollar es necesario plantear responsables, ejecutores y plazos de solución, y por último realizar una fase de vigilancia y evaluación de la situación de salud y el impacto de las intervenciones establecidas en el plan de acción.

Tabla 51. Priorización de los problemas de salud

Dimensiones	Problemas
Salud ambiental	Necesidad de mejoramiento servicio de recolección de residuos sólidos en área rural, servicio de alcantarillado.
	Bajo porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada en el área rural
	Incidencia de Dengue
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Alta incidencia por condiciones orales
	Alta mortalidad por tumor de seno, cervix, prostata, estomago
	Enfermedades hipertensivas, cerebrovasculares, isquemicas
	Alta morbilidad de sistema genitourinario
Convivencia social y salud mental	Alto número de Accidentes de transporte terrestre
	Alta tasa de Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)
	Alta tasa por Agresiones (homicidios)
	Alta morbilidad por Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas
Seguridad alimentaria y nutricional	Antecedente de muerte por desnutrición
	Alta proporción de morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales
	Presencia de casos de deficiencia nutricional en menores de 5 años
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Alta tasa de Enfermedad por el VIH (SIDA)
	Alta tasa global de fecundidad
	Alta tasas específica de fecundidad en mujeres de 10-19 años
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Infecciones respiratorias agudas
	Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
	Alta incidencia de tuberculosis
Salud pública en emergencias y desastres	Riesgo de incendios - quemaduras de basuras
	Riesgo por inundaciones
	Riesgo por picadura de avispas y abejas
Salud y ámbito laboral	Alta población en edad productiva
	Bajo registro de enfermedades laborales
	Poco apoyo a la empresa en el área rural
	Mejorar las condiciones laborales y de desarrollo empresarial



Dimensiones	Problemas
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Población en condición de discapacidad
	Presencia de población desplazada
	Presencia de población indígena

Fuente: Elaboración Propia

2. RECOMENDACIONES

La presencia de mortalidad materna en el municipio amerita reforzar la necesidad de asegurar una oportuna atención a la gestante, el rápido ingreso de la misma a los programas de atención a la gestante y una constante evaluación de la calidad de la atención dada a las madres y recién nacidos por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS del municipio; evaluación que debe ser liderada por la Secretaría Municipal de Salud y realizada en conjunto con las administradoras quienes tienen la primera responsabilidad en asegurar la calidad en la atención.

Lo anterior, define la necesidad urgente que la atención de la gestante se priorice como política de salud pública en el municipio, con el fin de generar recursos y actividades que permitan controlar y prevenir muertes maternas, embarazos en adolescentes, abortos, morbilidad materna y mortalidad perinatal.

El parasitismo intestinal y la enfermedad diarreica aguda, ampliamente prevenible, siguen siendo una causa importante de morbilidad; dado que la mortalidad y hospitalización por esta causa es bajo se puede suponer que el manejo es adecuado, por tanto la creación de UROCS debe ser evaluada críticamente.

La evaluación de factores de riesgo de EDA y ERA se podrá apoyar de las promotoras del Plan de Intervenciones Colectivas PIC a través del AIEPI Comunitario que se realiza en veredas; los resultados serán la base para la definición de acciones de control de los principales factores asociados.



La asignación de recursos para salud pública deberá dar mayor prioridad al abordaje de la enfermedad respiratoria aguda (ERA), la atención de la gestante, el recién nacido y los problemas nutricionales y de parasitismo.

La Salud mental (conducta suicida y la violencia) hacen necesaria la priorización de esta problemática en la que las acciones de vigilancia y control debe ir más allá que las visitas a las IPS y la consolidación de informes, se debe garantizar el seguimiento domiciliario a los casos no solo por psicología sino por un equipo interdisciplinario de profesionales.

La morbilidad asociada a inadecuados estilos de vida, tales como la alimentación NO balanceada, el sedentarismo y el consumo de tabaco; indica la necesidad de fortalecer las intervenciones orientadas al fomento de estilos de vida saludable desde la infancia (con padres, docentes, tenderos escolares, cuidadoras de niños), con el fin de facilitar que las futuras generaciones tengan mejor calidad de vida.

El fortalecimiento de redes sociales de apoyo, el trabajo intersectorial y las acciones encaminadas a mejorar las condiciones económicas de la población del municipio, repercutirán positivamente en mejores condiciones de vida y por ende de salud.

La vigilancia de las muertes perinatales y muerte materna, así como toda estrategia de control de las mismas tiene prelación por encima de las demás, por ser una prioridad de compromiso internacional y porque muchas de estas muertes están asociadas a causas prevenibles o controlables tales como el acceso a los servicios de salud, calidad en la atención, entre otras.

La atención de la gestación con criterios de calidad y oportunidad, los esfuerzos para reducir los embarazos en adolescentes, y la atención del recién nacido; no-solo debe ser una prioridad municipal por ser compromiso internacional con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).



El alto porcentaje de muertes asociadas a inadecuados estilos de vida, tales como algunas neoplasias y las enfermedades cardiovasculares son el reflejo de la presencia de estos factores nocivos dentro de la población; los cuales a su vez son la consecuencia de condiciones de vida inadecuadas. Si bien la mayor mortalidad por estas causas se presenta en los adultos mayores, las condiciones de vida son las mismas para todas las personas y por tanto dichos factores de riesgo y condiciones de vida deben ser abordados desde edades tempranas y en forma intersectorial. (Deporte, salud, cultura, agricultura, etc.)

Se debe atender al adulto mayor con amplia participación de diferentes sectores (educación, recreación, cultura, salud) para el mejoramiento de condiciones de nutrición, calidad de vida y redes sociales de apoyo.

2. PRIORIZACION DE LA CARACTERIZACION DE LA POBLACION AFILIADA A EAPB

En concordancia con las líneas de acción del Plan Decenal de Salud Pública PDSP, es necesario implementar y desarrollar la caracterización del conglomerado poblacional afiliada a los diferentes aseguradores en salud, como punto de partida para un plan de gestión del riesgo individual, debidamente articulado con el análisis de situación de salud de las entidades territoriales, que permita conocer el estado actual de salud de la población objeto, así como sus necesidades de transformación, con el propósito de orientar la planeación estratégica y operativa concordantes, que redunden en un mayor estado de bienestar y salud de la población de Pitalito.

De acuerdo con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, publicó la guía metodológica con el propósito de apoyar a las EAPB, en la generación y análisis de su respectiva caracterización poblacional. Adicionalmente, el Ministerio orienta a las EAPB en la planeación de su modelo de prestación de servicios para que se enfoque en la gestión del riesgo de sus afiliados a través de una estimación de la población en pro de desarrollar las actividades de Protección Específica y Detección temprana que su población afiliada requiere.



Teniendo en cuenta que el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención, garantizando la prestación de servicios de salud a la población, en diferentes modalidades de afiliación, dependiendo de sus capacidades de pago, es decir, afiliados al Régimen Contributivo, para quienes tienen capacidad de pago ó al régimen subsidiado para la población vulnerable de los niveles uno, dos y población de listados censales. En el municipio de Pitalito, existen personas, que la encuesta SISBEN identificó como pobres no aseguradas y que actualmente no son beneficiarios del régimen subsidiado, siendo estos la población pobre no asegurada PPNA a cargo de la entidad territorial.

2.1 COBERTURAS EN ASEGURAMIENTO

Según los reportes del SISPRO el municipio de Pitalito tiene el 100% de su población asegurada, siendo el régimen subsidiado el de mayor participación con el 69,86%, seguida del contributivo con el 28% y por último el régimen de excepción con sólo el 2,1%.

Tabla N° 1. Distribución de Cobertura por régimen 2013 – 2015 Municipio de Pitalito

Indicador	Régimen	2013	2014	2015
Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (Régimen)	C - CONTRIBUTIVO	26,63	27,61	28,04
	E – EXCEPCION	1,41	2,14	2,10
	S - SUBSIDIADO	71,95	70,25	69,86

Fuente: Base de Datos SISPRO

Teniendo en cuenta las diferencias de población entre proyecciones DANE y BDUA a continuación se relaciona el reporte de esta última, donde se evidencia una proporción similar en los diferentes regímenes.

Tabla N° 2. Distribución de Cobertura por régimen 2015 Municipio de Pitalito

AFILIACION AL SGSSS	POBLACION	PROPORCION
Régimen Subsidiado	97.790	67.91%
Régimen Contributivo	41.652	28.92%
Régimen Especial	4.002	2.77%



Población Pobre No Afiliada	540	0.37%
TOTAL	143.984	100%

Fuente: Aseguramiento, Secretaria de Salud Municipio de Pitalito

En cuanto a la administración de base de datos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a continuación se discrimina la información del régimen subsidiado, donde se evidencia que la mayor proporción de usuarios se encuentra distribuida en Comfamiliar 42,7%, Cafesalud 26% y Asmet Salud 17,9%

Tabla N° 3. Distribución de Cobertura régimen Subsidiado 2015 Municipio de Pitalito

CODIGO	EAPB	No. AFILIADOS	PROPORCIÓN
CCF024	COMFAMILIAR	41,754	42.7%
EPSI05	MALLAMAS	2,571	2.6%
EPSS03	CAFESALUD	25,456	26.0%
EPS005	SANITAS	87	0.1%
EPS016	COOMEVA	173	0.2%
EPS017	FAMISANAR	7	0.0%
EPS037	NUEVA EPS	792	0.8%
ESS062	ASMET SALUD	17,482	17.9%
ESS133	COMPARTA	9,223	9.4%
EPS020	CAPRECOM	243	0.2%
EPS002	SALUDTOTAL	2	0.0%
		97,790	100.0%

Fuente: Aseguramiento, Secretaria de Salud Municipio de Pitalito

La tabla anterior relaciona las Entidades Promotoras de Salud que operan en el municipio de Pitalito y su número de afiliados, a través de las cuales se garantiza la prestación de servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado. Es de resaltar que las EPS Caprecom, Salud Total y Coomeva para el 2016 no operan en el municipio y la población registrada en Sanitas, Famisanar y Nueva EPS corresponden a movilidad.

Actualmente en Pitalito el Régimen Contributivo cuenta con un total de 41.652 afiliados, Cafesalud es quien representa el mayor número de afiliados con el 71% teniendo en cuenta la liquidación de SALUDCOOP. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del



Régimen Contributivo, que tienen mayor representatividad en el municipio de Pitalito es la EPS'c Nueva EPS con 4.205 afiliados y como segunda y tercera medida, tenemos a las EPS'c Sanitas y Coomeva.

Tabla N° 4. Distribución de Cobertura régimen Contributivo 2015 Municipio de Pitalito

CODIGO	EAPB	No. AFILIADOS	PROPORCIÓN
CCF024	COMFAMILIAR	83	0.2%
EPSS03	CAFESALUD	29,703	71.3%
EPS005	SANITAS	1,984	4.8%
EPS016	COOMEVA	1,621	3.9%
EPS017	FAMISANAR	27	0.1%
EPS037	NUEVA EPS	4,205	10.1%
ESS062	ASMET SALUD	8	0.0%
EPS018	SOS	6	0.0%
EPS002	SALUDTOTAL	13	0.0%
	R.ESPECIAL	4,002	9.6%
		41,652	100.0%

Fuente: Aseguramiento, Secretaria de Salud Municipio de Pitalito

2.2 PRIORIZACION DE LA POBLACION EAPB 2015

Según la información caracterizada por las once EAPB y cargada en el SISPRO sus prioridades en salud se concentran en 5 grupos de riesgo siendo el Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico el de mayor número de proporción de prioridades 33% (12), seguido de sin riesgo con 28% (10), materno perinatal con el 19% (7) y Cáncer 14% (5).

El riesgo de las EPS del régimen subsidiado se concentra en el Materno Perinatal, el contributivo y subsidiado con movilidad en el Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico, mientras que el contributivo con movilidad muestra una distribución equitativa en los dos riesgos mencionados previamente.



En el riesgo Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico, las prioridades se encuentran enmarcadas en la captación y prevalencia de Hipertensión Arterial y Diabetes, seguida de mortalidad.

En el grupo de sin riesgo, se destacan las mortalidades por enfermedades crónicas respiratoria e infantil y se observan prioridades de tasas de natalidad y fecundidad.

En el riesgo maternoperinatal se concentran las prioridades en mortalidad perinatal y cobertura de planificación familiar.

En el riesgo cáncer se identifica claramente mama y estómago.

De la caracterización realizada por cada EAPB se concluye que los riesgos identificados por cada una están inmersas y acordes a la estructura poblacional y las prioridades del municipio y por tanto se deben asegurar la implementación de las estrategias por las aseguradoras para gestionar el riesgo individual según ciclo vital y determinantes de salud de sus afiliados

Tabla N° 5. Prioridad en Salud Caracterización Poblacional EPS Subsidiado y Contributivo 2015 Municipio de Pitalito



EAPB	PRIORIDADES SEGÚN GRUPO DE RIESGOS					
	Sin Grupo de Riesgo	Cáncer	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Alteraciones nutricionales	Materno perinatal	En adultos
COMFAMILIAR HUILA - SUBSIDIADO	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer				
CAFESALUD EPS - SUBSIDIADO	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago				
MALLAMAS - EPS INDIGENA - SUBSIDIADO			Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio		Tasa de mortalidad perinatal	
ASMET - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMET ESS - SUBSIDIADO					Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	
					Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	
COMPARTA - SUBSIDIADO		Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias			Tasa de mortalidad perinatal	
SALUD TOTAL - CONTRIBUTIVO			Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años		
CAFESALUD EPS CONTRIBUTIVO	Tasa de mortalidad infantil				Tasa de años de vida potencialmente perdidos por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	
EPS SANITAS CONTRIBUTIVO	Tasa ajustada de mortalidad por resto de enfermedades del sistema digestivo	Tasa ajustada de mortalidad por tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas				
COOMEVA EPS S A - CONTRIBUTIVO	Tasa bruta de natalidad		Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años			
EPS FAMISANAR LTDA CONTRIBUTIVO	Tasa General de Fecundidad					Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS CONTRIBUTIVO			Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años			
			Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años			
NUEVA EPS CONTRIBUTIVO			Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años			
			Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años			



Fuente: Base de Datos SISPRO – Reportes de caracterización 2015

Tabla N° 6. Prioridad en Salud Caracterización Poblacional EPS Subsidiado y Contributivo Movilidad 2015 Municipio de Pitalito

EAPB	PRIORIDADES SEGÚN GRUPO DE RIESGOS					
	Sin Grupo de Riesgo	Cáncer	Cardio – Cerebro – Vascular – Metabólico	Alteraciones nutricionales	Materno perinatal	En adultos
EPS SANITAS - SUBSIDIADO (MOVILIDAD)		Tasa de mortalidad por neoplasias	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares			
COOMEVA EPS S A - SUBSIDIADO (MOVILIDAD)	Tasa bruta de natalidad		Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años			
EPS FAMISANAR LTDA - SUBSIDIADO (MOVILIDAD)	Tasa General de Fecundidad					Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles
CRUZ BLANCA EPS - SUBSIDIADO (MOVILIDAD)	Número de personas afiliada a la EAPB					
	Número de personas afiliadas a la EAPB por IPS primaria en el municipio					
NUEVA EPS - SUBSIDIADO (MOVILIDAD)			Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años			
			Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años			
ASMET - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMET ESS - CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD)					Tasa ajustada de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	
					Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo	
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA - CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD)			Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años			
			Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio			



Fuente: Base de Datos SISPRO – Reportes de caracterización 2015

3. PRIORIZACION EN SALUD PÚBLICA

De acuerdo a la Resolución 1536 de 2015 capítulo III La priorización en salud pública se define como un orden jerárquico de importancia de las situaciones y circunstancias que afectan la salud en el territorio, frente a otras que compiten con él, por tanto, ameritan mayores esfuerzos para ser intervenidas desde el sector salud, los otros sectores y actores involucrados.

La Entidad Territorial es la encargada de realizar la Priorización en salud pública, la cual se elaboró con base en la Metodología “Pase a la Equidad” en los pasos 1 al 8 de la Ruta Lógica y los procedimientos y Herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se inició con el primer proceso de Alistamiento con todos los momentos y pasos sugeridos, posteriormente se desarrolló el segundo proceso: Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud y en el momento de identificar, se adoptaron los criterios del paso 4 Proyección tendencial de tensiones, valoración final y priorización para comprensión.

3.1 INTENSIDAD DE LA TENSION

Se aplicó el criterio establecido en el paso 4, actividad 8 del segundo proceso Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud. Se valoró la intensidad de la tensión si ésta no se interviene. Si la tensión presentaba una tendencia a intensificarse o aumentar su intensidad de forma significativa a mediano y largo plazo se calificó “3”, en el caso de que el aumento fuera mediano se calificó con “2” y si el aumento en la intensidad era leve se calificó “1”



Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
	I. Intensidad (gravedad)
Un alto porcentaje de la población rural no cuenta con agua potable, lo que conlleva a que se presenten enfermedades diarreicas agudas y parasitarias.	3
En el área rural no se cuenta con un servicio constante de gestión de residuos sólidos y líquidos, lo que genera riesgos de infestación de animales	2
Presencia de eventos no saludables de hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal crónica.	3
Estimular la creación de espacios saludables a fin de poder desarrollar actividades de educación en salud a nivel individual y colectivo.	2
En los últimos años se observa tendencia al ascenso en las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial y diabetes afectando principalmente población en adultez incrementando posibilidades de eventos incapacitantes, esta situación enmarca reto institucional para fortalecer servicios que puedan soportar la demanda.	2
Los índices de consumo de sustancias psicoactivas están incrementando considerablemente.	3
No se cuenta con instituciones para la atención de personas con necesidad de atención en salud mental.	3



Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
No se cuenta con un modelo de atención estructurado en salud mental para garantizar atención diferencial a la población víctima del conflicto armado	3
Disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes esta situación enmarca la importancia de fortalecer acciones en relación a abuso sexual, programas de adolescentes y planificación familiar, además de las consecuencias sociales que puede implicar este evento.	3
Persisten los casos de gestantes con bajo peso y anemia nutricional. Lo que conlleva a tener niños con bajo peso y diferentes grados de desnutrición.	3
En el 2014 se registró el 10.4x100.000 habitantes la incidencia de VIH. Además de una tasa de mortalidad de 1.6x100.000 habitantes. Lo cual es un número muy alto.	3
Durante los últimos años analizados, las Infecciones respiratorias, es uno de los eventos que significativamente aportan más a la morbilidad del municipio, proporción morbilidad primera infancia IRA incrementando posibles casos de mortalidad en este grupo de edad	3
Se presenta alta incidencia de estos eventos a nivel municipal (Dengue, dengue grave y Chikunguya) y en este último año zika,	2
Se presenta alto número de accidentes y enfermedades laborales por el incumplimiento de la normatividad en este sentido, además del incremento en el número de trabajadores informales	3
Persisten los casos de bajo peso al nacer y morbi-mortalidad infantil en menores de 5 años.	3
Organizar la atención de servicios a las poblaciones indígenas ubicadas en el municipio respetando sus costumbres, articulando con la atención convencional	3
Mejorar las condiciones de accesibilidad, servicios y garantizar la inclusión en el entorno.	2



Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
Presencia de población víctima de conflicto armado especialmente por desplazamiento forzado, que demandan atención integral del Estado orientado a recomponer las condiciones de vida que tenían con anterioridad	2
Existe deficiencia de recuso humano y tecnológico para abordar de manera total e integral las diferentes problemáticas en el fortalecimiento de la conducción.	3
Continua rotación del personal asistencial y administrativo en IPS, generando fallas en la información por desconocimiento de protocolos.	3
No se tiene la cobertura universal en salud.	3
Persiste un alto número de población vinculada y población flotante, lo cual genera inconvenientes para la depuración de bases de datos, lo que conlleva a no tener una información real y actualizada	3

Fuente: Aplicativo PASE a la equidad

3.2 Tendencia de la cronicidad en el tiempo

Se aplicó el criterio establecido en el paso 4, actividad 8 del segundo proceso Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud. Se valoró la tendencia de la cronicidad. En el caso de que la tensión presentara tendencia a permanecer en el tiempo por un largo período se asignó una valoración de “3”, en el caso de que la tensión presentara tendencia a desaparecer en el mediano plazo se asignó una valoración de “2” y si la tensión presentaba tendencia a desaparecer en el corto plazo se valoró con “1”.

Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
---	-----------------------------



Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
	Cronicidad (Duración)
Un alto porcentaje de la población rural no cuenta con agua potable, lo que conlleva a que se presenten enfermedades diarreicas agudas y parasitarias.	3
En el área rural no se cuenta con un servicio constante de gestión de residuos sólidos y líquidos, lo que genera riesgos de infestación de animales	3
Presencia de eventos no saludables de hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal crónica.	3
Estimular la creación de espacios saludables a fin de poder desarrollar actividades de educación en salud a nivel individual y colectivo.	3
En los últimos años se observa tendencia al ascenso en las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial y diabetes afectando principalmente población en adultez incrementando posibilidades de eventos incapacitantes, esta situación enmarca reto institucional para fortalecer servicios que puedan soportar la demanda.	3
Los índices de consumo de sustancias psicoactivas están incrementando considerablemente.	3
No se cuenta con instituciones para la atención de personas con necesidad de atención en salud mental.	3
No se cuenta con un modelo de atención estructurado en salud mental para garantizar atención diferencial a la población víctima del conflicto armado	2



Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
Disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes esta situación enmarca la importancia de fortalecer acciones en relación a abuso sexual, programas de adolescentes y planificación familiar, además de las consecuencias sociales que puede implicar este evento.	3
Persisten los casos de gestantes con bajo peso y anemia nutricional. Lo que conlleva a tener niños con bajo peso y diferentes grados de desnutrición.	3
En el 2014 se registró el 10.4x100.000 habitantes la incidencia de VIH. Además de una tasa de mortalidad de 1.6x100.000 habitantes. Lo cual es un número muy alto.	2
Durante los últimos años analizados, las Infecciones respiratorias, es uno de los eventos que significativamente aportan mas a la morbilidad del municipio, proporción morbilidad primera infancia IRA incrementando posibles casos de mortalidad en este grupo de edad	2
Se presenta alta incidencia de estos eventos a nivel municipal (Dengue, dengue grave y Chikunguya) y en este ultimo año zika,	3
Se presenta alto numero de accidentes y enfermedades laborales por el incumplimiento de la normatividad en este sentido, además del incremento en el numero de trabajadores informales	3
Persisten los casos de bajo peso al nacer y morbi-mortalidad infantil en menores de 5 años.	3
Organizar la atención de servicios a las poblaciones indígenas ubicadas en el municipio respetando sus costumbres, articulando con la atención convencional	3
Mejorar las condiciones de accesibilidad, servicios y garantizar la inclusión en el entorno.	2



Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
Presencia de población víctima de conflicto armado especialmente por desplazamiento forzado, que demandan atención integral del Estado orientado a recomponer las condiciones de vida que tenían con anterioridad	2
Existe deficiencia de recuso humano y tecnológico para abordar de manera total e integral las diferentes problemáticas en el fortalecimiento de la conducción.	3
Continua rotación del personal asistencial y administrativo en IPS, generando fallas en la información por desconocimiento de protocolos.	3
No se tiene la cobertura universal en salud.	3
Persiste un alto número de población vinculada y población flotante, lo cual genera inconvenientes para la depuración de bases de datos, lo que conlleva a no tener una información real y actualizada	3

Fuente: Aplicativo PASE a la equidad

3.3 Tendencia del impacto de la tensión en el mediano y largo plazo

Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
	Ip. Impacto
Un alto porcentaje de la población rural no cuenta con agua potable, lo que conlleva a que se presenten enfermedades diarreicas agudas y parasitarias.	3
En el área rural no se cuenta con un servicio constante de gestión de residuos sólidos y líquidos, lo que genera riesgos de infestación de animales	3



Presencia de eventos no saludables de hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal crónica.	3
Estimular la creación de espacios saludables a fin de poder desarrollar actividades de educación en salud a nivel individual y colectivo.	2
En los últimos años se observa tendencia al ascenso en las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial y diabetes afectando principalmente población en adultez incrementando posibilidades de eventos incapacitantes, esta situación enmarca reto institucional para fortalecer servicios que puedan soportar la demanda.	3
Los índices de consumo de sustancias psicoactivas están incrementando considerablemente.	2
No se cuenta con instituciones para la atención de personas con necesidad de atención en salud mental.	3
No se cuenta con un modelo de atención estructurado en salud mental para garantizar atención diferencial a la población víctima del conflicto armado	3
Disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes esta situación enmarca la importancia de fortalecer acciones en relación a abuso sexual, programas de adolescentes y planificación familiar, además de las consecuencias sociales que puede implicar este evento.	3
Persisten los casos de gestantes con bajo peso y anemia nutricional. Lo que conlleva a tener niños con bajo peso y diferentes grados de desnutrición.	3
En el 2014 se registró el 10.4x100.000 habitantes la incidencia de VIH. Además de una tasa de mortalidad de 1.6x100.000 habitantes. Lo cual es un número muy alto.	3
Durante los últimos años analizados, las Infecciones respiratorias, es uno de los eventos que significativamente aportan más a la morbilidad del municipio, proporción morbilidad primera infancia IRA incrementando posibles casos de mortalidad en este grupo de edad	3



Se presenta alta incidencia de estos eventos a nivel municipal (Dengue, dengue grave y Chikunguya) y en este último año zika,	3
Se presenta alto número de accidentes y enfermedades laborales por el incumplimiento de la normatividad en este sentido, además del incremento en el número de trabajadores informales	3
Persisten los casos de bajo peso al nacer y morbi-mortalidad infantil en menores de 5 años.	3
Organizar la atención de servicios a las poblaciones indígenas ubicadas en el municipio respetando sus costumbres, articulando con la atención convencional	3
Mejorar las condiciones de accesibilidad, servicios y garantizar la inclusión en el entorno.	2
Presencia de población víctima de conflicto armado especialmente por desplazamiento forzado, que demandan atención integral del Estado orientado a recomponer las condiciones de vida que tenían con anterioridad	3
Existe deficiencia de recuso humano y tecnológico para abordar de manera total e integral las diferentes problemáticas en el fortalecimiento de la conducción.	3
Continúa rotación del personal asistencial y administrativo en IPS, generando fallas en la información por desconocimiento de protocolos.	3
No se tiene la cobertura universal en salud.	3
Persiste un alto número de población vinculada y población flotante, lo cual genera inconvenientes para la depuración de bases de datos, lo que conlleva a no tener una información real y actualizada	3

Fuente: Aplicativo PASE a la equidad

3.4 Ingovernabilidad de la tensión en la entidad territorial

Se aplicó el criterio establecido en el paso 4, actividad 8 del segundo proceso Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud. Se valoró la ingovernabilidad de la tensión. Si se proyectaba que en el mediano plazo la tensión iba a aumentar el nivel de ingovernabilidad en la entidad territorial, se asignó un valor de “3”. En el caso de que la



tensión influyera medianamente sobre la ingobernabilidad se valoró con “2” y en el caso de que la afectación sobre la gobernabilidad fue baja ésta se valoró con “1”.

Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valoración de las tensiones
	Ingovernabilidad institucional y social (Debilidad Institucional)
Un alto porcentaje de la población rural no cuenta con agua potable, lo que conlleva a que se presenten enfermedades diarreicas agudas y parasitarias.	3
En el área rural no se cuenta con un servicio constante de gestión de residuos sólidos y líquidos, lo que genera riesgos de infestación de animales	2
Presencia de eventos no saludables de hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal crónica.	3
Estimular la creación de espacios saludables a fin de poder desarrollar actividades de educación en salud a nivel individual y colectivo.	2
En los últimos años se observa tendencia al ascenso en las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial y diabetes afectando principalmente población en adultez incrementando posibilidades de eventos incapacitantes, esta situación enmarca reto institucional para fortalecer servicios que puedan soportar la demanda.	3
Los índices de consumo de sustancias psicoactivas están incrementando considerablemente.	3
No se cuenta con instituciones para la atención de personas con necesidad de atención en salud mental.	2
No se cuenta con un modelo de atención estructurado en salud mental para garantizar atención diferencial a la población víctima del conflicto armado	2
Disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes esta situación enmarca la importancia de fortalecer acciones en relación a abuso sexual, programas de adolescentes y planificación familiar, además de las consecuencias sociales que puede implicar este evento.	3



Persisten los casos de gestantes con bajo peso y anemia nutricional. Lo que conlleva a tener niños con bajo peso y diferentes grados de desnutrición.	2
En el 2014 se registró el 10.4x100.000 habitantes la incidencia de VIH. Además de una tasa de mortalidad de 1.6x100.000 habitantes. Lo cual es un número muy alto.	2
Durante los últimos años analizados, las Infecciones respiratorias, es uno de los eventos que significativamente aportan más a la morbilidad del municipio, proporción morbilidad primera infancia IRA incrementando posibles casos de mortalidad en este grupo de edad	2
Se presenta alta incidencia de estos eventos a nivel municipal (Dengue, dengue grave y Chikunguya) y en este último año zika,	2
Se presenta alto número de accidentes y enfermedades laborales por el incumplimiento de la normatividad en este sentido, además del incremento en el número de trabajadores informales	3
Persisten los casos de bajo peso al nacer y morbi-mortalidad infantil en menores de 5 años.	2
Organizar la atención de servicios a las poblaciones indígenas ubicadas en el municipio respetando sus costumbres, articulando con la atención convencional	2
Mejorar las condiciones de accesibilidad, servicios y garantizar la inclusión en el entorno.	2
Presencia de población víctima de conflicto armado especialmente por desplazamiento forzado, que demandan atención integral del Estado orientado a recomponer las condiciones de vida que tenían con anterioridad	2
Existe deficiencia de recuso humano y tecnológico para abordar de manera total e integral las diferentes problemáticas en el fortalecimiento de la conducción.	3
Continua rotación del personal asistencial y administrativo en IPS, generando fallas en la información por desconocimiento de protocolos.	3
No se tiene la cobertura universal en salud.	3
Persiste un alto número de población vinculada y población flotante, lo cual genera inconvenientes para la depuración de bases de datos, lo	3



que conlleva a no tener una información real y actualizada

Fuente: Aplicativo PASE a la equidad

3.5 Valoración final de la tensión

Se aplicó el criterio establecido en el paso 4, actividad 8 del segundo proceso Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud. Se realizó el cálculo final de la tensión que resultó de la suma de los cuatro elementos (intensidad, cronicidad, impacto e ingobernabilidad) dividido por cuatro. Según el puntaje que se obtuvo, se otorgó un color, a semejanza de un semáforo, dependiendo de la gravedad de la tensión: rojo para tensiones con alta gravedad dado que su balance final es alto (valores entre 7 y 9), amarillo para tensiones con gravedad media (valores entre 4 y 6.9) y verde para tensiones con baja gravedad (valores inferiores a 3.9).

Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valor final de la tensión
	Sumar balance total
Un alto porcentaje de la población rural no cuenta con agua potable, lo que conlleva a que se presenten enfermedades diarreicas agudas y parasitarias.	9
En el área rural no se cuenta con un servicio constante de gestión de residuos sólidos y líquidos, lo que genera riesgos de infestación de animales	7,75
Presencia de eventos no saludables de hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal crónica.	8,75
Estimular la creación de espacios saludables a fin de poder desarrollar actividades de educación en salud a nivel individual y colectivo.	3,125
En los últimos años se observa tendencia al ascenso en las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial y diabetes afectando principalmente población en adultez incrementando posibilidades de eventos incapacitantes, esta situación enmarca reto institucional para	4,875



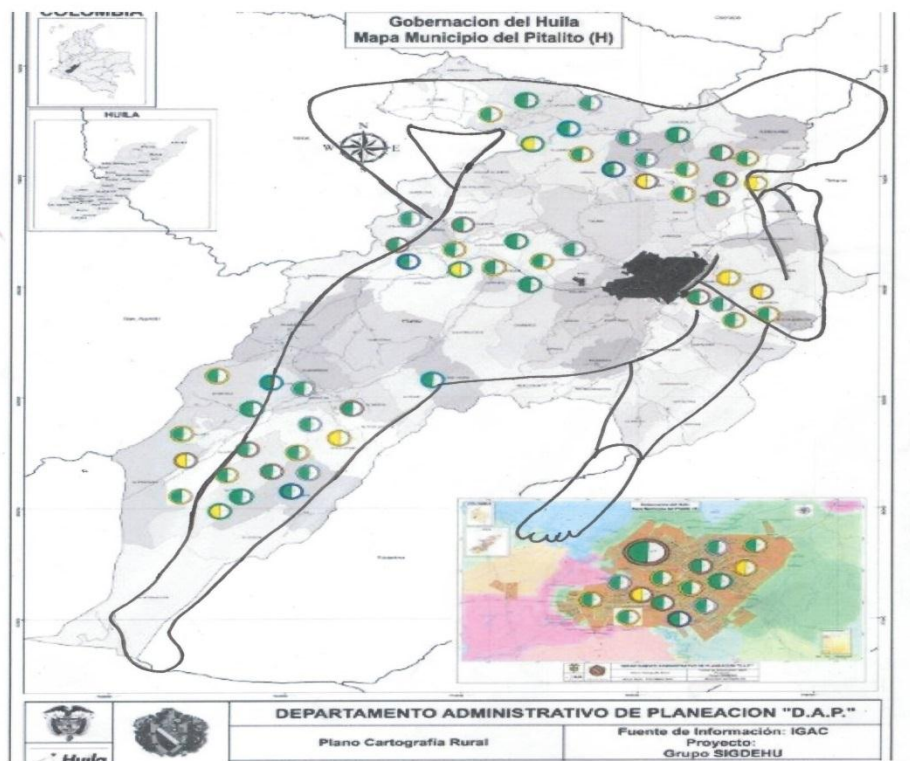
Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valor final de la tensión
fortalecer servicios que puedan soportar la demanda.	
Los índices de consumo de sustancias psicoactivas están incrementando considerablemente.	8,75
No se cuenta con instituciones para la atención de personas con necesidad de atención en salud mental.	8,75
No se cuenta con un modelo de atención estructurado en salud mental para garantizar atención diferencial a la población víctima del conflicto armado	9,333333333
Disminuir la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes esta situación enmarca la importancia de fortalecer acciones en relación a abuso sexual, programas de adolescentes y planificación familiar, además de las consecuencias sociales que puede implicar este evento.	2
Persisten los casos de gestantes con bajo peso y anemia nutricional. Lo que conlleva a tener niños con bajo peso y diferentes grados de desnutrición.	8,25
En el 2014 se registró el 10.4x100.000 habitantes la incidencia de VIH. Además de una tasa de mortalidad de 1.6x100.000 habitantes. Lo cual es un número muy alto.	8,25
Durante los últimos años analizados, las Infecciones respiratorias, es uno de los eventos que significativamente aportan más a la morbilidad del municipio, proporción morbilidad primera infancia IRA incrementando posibles casos de mortalidad en este grupo de edad	3,75
Se presenta alta incidencia de estos eventos a nivel municipal (Dengue, dengue grave y Chikunguya) y en este último año zika,	8,5
Se presenta alto número de accidentes y enfermedades laborales por el incumplimiento de la normatividad en este sentido, además del incremento en el número de trabajadores informales	9
Persisten los casos de bajo peso al nacer y morbi-mortalidad infantil en menores de 5 años.	8



Descripción de las tensiones entre cualquiera de las dimensiones PASE o de la salud que generan daño o riesgo para la salud	Valor final de la tensión
Organizar la atención de servicios a las poblaciones indígenas ubicadas en el municipio respetando sus costumbres, articulando con la atención convencional	4,916666667
Mejorar las condiciones de accesibilidad, servicios y garantizar la inclusión en el entorno.	4
Presencia de población víctima de conflicto armado especialmente por desplazamiento forzado, que demandan atención integral del Estado orientado a recomponer las condiciones de vida que tenían con anterioridad	1,75
Existe deficiencia de recuso humano y tecnológico para abordar de manera total e integral las diferentes problemáticas en el fortalecimiento de la conducción.	8,5
Continúa rotación del personal asistencial y administrativo en IPS, generando fallas en la información por desconocimiento de protocolos.	9
No se tiene la cobertura universal en salud.	9
Persiste un alto número de población vinculada y población flotante, lo cual genera inconvenientes para la depuración de bases de datos, lo que conlleva a no tener una información real y actualizada	9



3.6 Configuración deseada



Fuente: Aplicativo PASE a la equidad

3.6.1 Metáfora deseada

Este atleta es tan competitivo que es un campeón, se desplaza tan rápido que exige la gran facultad de atención. Es un ser excepcional. Es el motivo por el cual requiere de una Planeación municipal rigurosa, y coherente con su diagnóstico, que a su vez, debe ser totalmente real. De esta manera, se mantiene y además se incrementa la capacidad competitiva de este atleta, el cual lograra las fortalezas, las implementaciones, las metas, las articulaciones, desarrollo empresarial, humano y económico y el trabajo en equipo programados, tan necesarios en su contexto, para lograr desarrollo, que logrados, sirven a nuestro Municipio, como también a todo el Sur del Huila y Departamentos vecinos.



Los triunfos de este atleta son extensivos a toda una Región. Este es un gran pilar de éxito en toda competencia. Superando las adversidades en sus diferentes pistas de acción. No solo representa, sino que muestra la realidad del proceso histórico del Municipio de Pitalito, su interinstitucionalidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad sumado a la participación de las personas como control social y fortalecida por el sector político como dirigencia y ordenadores del gasto como administración municipal elegida por participación ciudadana, avanza en cada administración dando lo mejor según su saber y entender.

La sumatoria de acciones en las inversiones, entre la Administración Municipal, Instituciones, Grupos Comunitarios y Particulares, garantizaran la continuidad y éxito en los procesos de planeación, que al contar y disponer del gran recurso humano, que cada día es mayor y de mejor calidad, en todas las disciplinas del saber, proporcionara más velocidad al atleta del desarrollo, la competitividad, la creatividad y la innovación.

Continuaremos promoviendo, estilos de vida saludable, actividad física, seguridad alimentaria y nutricional, utilización de más espacios de recreación, cultural y deportiva, espacios de mayor convivencia social, es decir todos los aspectos de intervención con y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida.

3.6.2 Ejes estructurantes

EJES ESTRUCTURANTES	
1	Mediante la gestión de recursos se ejecutan programas de conservación logrando garantizar mejores condiciones de vida para la población y la preservación del medio ambiente, aseguramiento en salud y cobertura total de agua potable y saneamiento básico para la población, lo que busca disminuir notablemente la morbilidad por enfermedades gastrointestinales y parasitarias comunes principalmente en la población infantil y la carga de enfermedades laborales, y en general la salud de la población.
2	Se detecta prevalencia significativa de población con patologías crónicas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus, lo que al mismo tiempo incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica, esta situación es generalizada en el territorio. De igual forma la incidencia de eventos relacionados con cancer



	especialmente en mama y cervix
3	Se busca fortalecer programas de desarrollo generando un impacto positivo en el municipio, mejoramiento de la malla vial y apoyo al sector agrario para incrementar la oferta de empleo en el sector rural y urbano, lo que conlleva a tener acceso a todos los productos básicos de la canasta familiar disminuyendo así los índices de malnutrición, bajo peso al nacer y anemia gestacional.
4	Mediante la articulación interinstitucional y comunitaria se busca disminuir el número de casos de ITS-VIH sida, además mitigar la estigmatización y discriminación por parte de la sociedad, lo que permite la inclusión laboral y social de la población afectada. Con mejores oportunidades de educación, recreación y deporte se pretende reducir la violencia y el conflicto armado y social, lo cual se traduce en la reducción de embarazos tempranos, enfermedades transmisibles y la carga de enfermedad asociada a la convivencia y salud mental. Además de reducir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles.
5	Mediante la implementación de estrategias y programas de sensibilización comunitaria e institucional se logra prevenir y controlar el índice aedico del municipio evitando la morbi-mortalidad por estas causas.

3.6.3 Transformaciones

TRANSFORMACIONES	
1	Gestionar recursos para la ejecución de programas de conservación buscando garantizar mejores condiciones de vida para la población mediante inversiones importantes para la preservación del medio ambiente, la seguridad en el trabajo, aseguramiento en salud y cobertura total de agua potable y saneamiento básico para la población, disminuyendo notablemente la morbilidad por enfermedades gastrointestinales y parasitarias comunes principalmente en la población infantil y la carga de enfermedades laborales, y en general la salud de la población.
2	El municipio busca luchar en disminuir la incidencia de población con patologías crónicas, para ello la población recibirá educación en hábitos de vida saludable, enfocados principalmente en alimentación sana, promoción del ejercicio y manejo de la salud mental.
3	Gestionar recursos para el apoyo al sector agrario para incrementar la oferta de empleo en el sector rural y urbano, lo que conlleva a tener acceso a todos los productos básicos de la canasta familiar disminuyendo así los índices de malnutrición, bajo peso al nacer y



TRANSFORMACIONES	
	anemia gestacional.
4	Garantizar la articulación interinstitucional y comunitaria para disminuir el número de casos de ITS-VIH sida, además mitigar la estigmatización y discriminación a la población en condición de discapacidad por parte de la sociedad, lo que permite la inclusión laboral y social de la población afectada. Facilitar oportunidades de educación, recreación y deporte para reducir la violencia y el conflicto armado y social, lo cual se traduce en la reducción de embarazos tempranos, enfermedades transmisibles y la carga de enfermedad asociada a la convivencia y salud mental
5	implementar estrategias y programas de sensibilización comunitaria e institucional para lograr prevenir y controlar el índice aedico del municipio.
6	Mediante la implementación de políticas encaminadas al fortalecimiento de la infraestructura y administración del sistema de acueducto urbano y los demás acueductos rurales se puede garantizar la cobertura para toda la población, contribuyendo así al mejoramiento de la salud de la población Laboyana con la disminución de la morbilidad por enfermedades gastrointestinales y parasitarias
7	Con la organización del territorio mediante la planeación y ejecución adecuada del Plan de Ordenamiento Territorial se logró reducir la accidentalidad y movilidad, además las actividades económicas y condiciones de vida de la población
8	Con la implementación y adecuación de espacios para el desarrollo de la actividad física, además de la adopción de estilos de vida saludable, se mejoraron las condiciones de salud de la población, disminuyendo la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en la población adulta.
9	Mediante la articulación interinstitucional e intersectorial se logró la atención integral a la población para mejorar los índices de drogadicción y problemas de salud mental en el municipio. Además es posible lograr el restablecimiento de derechos de la población víctima del conflicto interno para que tengan acceso a los diferentes programas del Estado.
10	El acompañamiento institucional es el factor fundamental para garantizar la productividad del sector agrícola, garantizando el acceso a los productos básicos de la canasta familiar, lo cual garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de toda la población. Además implementando estándares de calidad para la manipulación, comercio y preparación de los alimentos.
11	El Plan Ampliado de Inmunizaciones se extiende a la totalidad de la población logrando una cobertura del 100%, con lo que se evitaban todo tipo de enfermedades inmunoprevenibles, reduciendo los casos de discapacidad en la población.



TRANSFORMACIONES	
12	La población Laboyana mediante la implementación de capacitaciones y sensibilización hoy es capaz de afrontar de la mejor manera y mitigar al máximo los diferentes riesgos que puedan ocurrir por causa de la naturaleza como son: los sismos, remociones en masa, inundaciones, entre otros
13	Mediante la generación de empresas se aumentó la oferta laboral con lo que se lograron reducir los índices de informalidad en el municipio generando, mejorando así las condiciones de vida de la población ya que se tiene derecho a todas las prestaciones de Ley que están contempladas en la normatividad legal vigente, con lo que se garantiza además la reducción de accidentes y enfermedades laborales.
14	La discapacidad es vista como una oportunidad y no como una limitación por lo que se aplica el enfoque diferencial en cada uno de los programas ejecutados por la institucionalidad, además se garantiza la cobertura total en aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud eliminando todo tipo de barreras.
15	El desarrollo de todos estos espacios y procesos de interacción entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes para la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental a nivel territorial, garantizaran el éxito en este diario competir

3.6.4 Ventajas y oportunidades

VENTAJAS

Pitalito cuenta con una IPS publica de primer nivel que mediante la desconcentración por servicios hace presencia en el sector rural, con sedes en los corregimientos de Bruselas, la Laguna y Criollo, además de tres sedes en la zona urbana, ubicadas en los barrios: Paraíso, Panorama y Cálamo.

Pitalito cuenta con oferta privada de IPS que contribuyen a mitigar la carga prestacional de servicios generada en el municipio.

El municipio de Pitalito cuenta con un hospital de segundo nivel que ofrece servicios de segundo y tercer nivel de complejidad gracias a su habilitación e infraestructura, lo cual



permite la atención de población proveniente de todos los municipio de la zona sur del departamento sin tener que desplazarse a la ciudad de Nieva.

Es uno de los municipios del país que tiene cobertura superior en aseguramiento con más de 96.097 personas afiliadas al régimen subsidiado. Pitalito por ser un municipio descentralizado permite el trabajo intersectorial para aplicar las estrategias de promoción y prevención en salud en nuestra población.

El municipio de Pitalito cuenta con 15 instituciones educativas en el área urbana y rural con sus respectivas sedes que dentro de su PEI tienen la transversalidad de prevenir la enfermedad y promocionar la salud con diferentes acciones articuladas con alumnos, padres de familia y docentes.

El Ente territorial municipal cuenta con una estructura organizada, con el talento humano idóneo para realizar acciones de inspección, vigilancia y control de cada uno de las dimensiones expuestas en el PDSP.

OPORTUNIDADES

La ubicación geográfica de Pitalito permite tener un sistema oportuno y eficaz de referencia y contrarreferencia, con los departamentos de Putumayo, Caquetá, Cauca y la ciudad de Neiva.

Pitalito posee una diversidad de climas y tierras fértiles que permiten la producción de alimentos de primera necesidad, garantizando así la oferta alimentaria y nutricional.

La oferta de fuentes hídricas en el municipio permite el diseño e implementación de acueductos rurales para garantizar la cobertura de toda la población.

La diversidad poblacional en género, etnia y grupos vulnerables permite gestionar recursos para implementar estrategias para mejorar el estilo y calidad de vida de la población.

La cercanía y paso obligado hacia el parque arqueológico de san Agustín constituye una gran oportunidad por la afluencia de turistas nacionales e internacionales.

3.7 Prioridades establecidas para cierre de brechas en salud y Plan Decenal de Salud Pública





Para la identificación de las brechas se realizó con los actores institucionales y comunitarios una socialización del modelo de determinantes sociales de la salud, para destacar la importancia del análisis de los componentes de las dimensiones del Desarrollo (Poblacional, ambiental, social y económica). Posteriormente se analizaron los componentes de la dimensiones del Plan decenal de salud pública, mediante trabajo en comisiones.

El resultado de éste proceso fue la identificación de las percepciones comunitarias e institucionales de las brechas identificadas en las dimensiones del PDSP, determinando sus determinantes intermedios y estructurales desde las dimensiones del Desarrollo. El producto de este proceso se registró en los aplicativos del Pase a la equidad, del cual surgen las estrategias y actividades de intervención posteriores.

Se realizó proceso de análisis de concordancia entre las prioridades establecidas y las prioridades de las EAPB y las tensiones establecidas con Pase a la equidad en salud; se evidenció correlación entre los resultados y se determinaron las siguientes prioridades por cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública que serán abordadas en el componente estratégico del Plan de Salud Territorial.



DIMENSION	PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA	LINEA BASE
Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles	Mantener por debajo del 1% la Mortalidad anual por cáncer de cuello uterino en población entre 30 a 70 años.	Linea base Porcentaje 0.03 año 2015
	Mantener por debajo del 1% Mortalidad por tumor maligno de mama en población entre 30 y 70 años.	Linea base 0.04 año 2013
	Mantener la tasa de mortalidad por diabetes mellitus por debajo de 24 por cada 100.000 habitantes.	Linea base 16,6 X Cada 100000 hab año 2013
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	Mantener por debajo de 8 la Tasa anual de suicidios x 100.000 Habitantes.	Linea base 8 casos año 2015.
	Mantener por debajo de 85,8 la Incidencia de intentos de suicidio en el año.	Linea base 86.6 eventos año 2015
	Disminuir a un 30.5 la tasa de mortalidad por homicidios por cada 100.000 habitantes durante el cuatrienio	Linea base tasa de 40.5 x 100000 hab año 2013
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	disminuir a 3,5 la Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años durante el cuatrienio.	Linea base Prevalencia 3.7 año 2015
	Disminuir a 12,2 la Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla en menores de 5 años durante el cuatrienio.	Linea base Prevalencia de 13,2 año 2015
	Mantener la Tasa anual de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en 6,4 x 100.000 nv.	Linea base Prevalencia de 6,4 año 2015
	Disminuir a 26,7 la Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años durante el cuatrienio.	Linea base Prevalencia 27,7 año 2015
	Disminuir a 2,3 el Porcentaje de niños con bajo peso al nacer durante el cuatrienio.	Linea base Porcentaje de 2,3 año 2015
Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos	Mantener la tasa de fecundidad específica en 5,6 en niñas de 10-14 años x 1000 nv.	Linea base Tasa de 6,6 año 2013
	Disminuir a 104 x 1000 nv la Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15-19 años durante el cuatrienio.	Linea base Tasa de fecundidad global 114 año 2013
	Disminuir a 25,7 el % de mujeres de 15 a 19 años que han sido madre o están en embarazo.	Linea base Porcentaje de Mujeres emb 26,7 año 2013
	Disminuir a 30 el Número de partos en niñas de 10 a 14 años durante el cuatrienio.	Linea base 32 partos en niñas de 10-14 año 2015
	Incrementar a 93 el % de gestantes a término con 4 o más controles prenatales en el año durante el cuatrienio.	Linea base 92,1 año 2015
	100% de mujeres gestantes con prueba de VIH (Elisa) en el año con sus respectivas asesorías pre y post prueba durante el cuatrienio.	Linea base 109% año 2015
	Mantener en 100 el Porcentaje de gestantes con sífilis gestacional que reciben tratamiento en el año.	Linea base 100% año 2015
	Mantener en 0,6 el Porcentaje de gestantes diagnosticadas con sífilis en el año.	Linea base 0,6 casos año 2015
	Mantener en 1 la Incidencia (casos nuevos) de Sífilis Congénita en el año.	Linea base 1 caso año 2014
	Mantener en 99,8 el Porcentaje de atención institucional del parto en el año.	Linea base 99.8 año 2015
	Mantener la Razón de mortalidad materna en 56,5 por 100.000 nacidos vivos en el año durante el cuatrienio.	Linea base razon mortalidad materna 36,3 año 2014
	Mantener en 12,7 la Tasa de mortalidad perinatal X 1000 NV durante el cuatrienio.	Linea base 12,7 año 2013
	Disminuir a 1,6 la Tasa de mortalidad asociada al VIH/SIDA- X 100,000 habitantes durante el cuatrienio.	Linea base 3,3 año 2013
	Mantener en cero el Porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH en el año.	Linea base 0 casos año 2015
	Disminuir a 18 la Tasa de incidencia de VIH anual por 100.000 habitantes.	Linea base 21,5 año 2015



DIMENSION	PRIORIDADES EN SALUD PUBLICA	LINEA BASE
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Alcanzar el 95% o más de cobertura en vacunación con BCG - Hep B en nacidos vivos en el año-	Linea base 86,4 año 2015
	Alcanzar el 95% o más de cobertura anual en vacunación contra Hepatitis A.	Linea base 108,6 año 2015
	Alcanzar el 95% o más de cobertura anual en vacunación contra Rotavirus en menores de 1 año-	Linea base 89,3 año 2015
	Alcanzar el 95% o más de cobertura anual en vacunación con DPT en menores de 1 año	Linea base 89,3 año 2015
	Mantener por encima del 95% la Cobertura anual de vacunación con Triple Viral en niños de 1 año.	Linea base 103 año 2015
	Disminuir la tasa de incidencia Dengue a 101 x 100,000 habitantes en el año, durante el cuatrienio.	Linea base 109 año 2015
	Disminuir a 6,3 el Índice aédico larvario en el año.	Linea base 7,8 año 2015
	Mantener en cero la Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue durante el cuatrienio.	Linea base 0 año 2015
	Mantener en cero la Tasa anual de mortalidad asociada al dengue.	Linea base 0 año 2015
	Mantener en cero el numero de casos la Mortalidad anual en niños, niñas y adolescentes por malaria.	Linea base 0 año 2015
Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	Mantener en 100 el Porcentaje de seguimiento a los planes hospitalarios de emergencia durante el cuatrienio.	Linea base 100% año 2015
	Mantener en cero la mortalidad prevenible por emergencias y desastres.	Linea base 0 año 2015
Dimensión Transversal: Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años por debajo de 10.4 por 1.000 nacidos vivos en el año. Durante el cuatrienio	Linea base 10,1 año 2015
	Mantener la tasa de mortalidad en menores de 1 año en 8,3 por cada 1.000 nacidos vivos en el año. Durante el cuatrienio.	Linea base 8,4 año 2015
	Mantener igual o inferior a 1 caso por año la Mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 1 y 5 años.	Linea base 1 caso año 2014
	Mantener igual o inferior a 1 caso por año la Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 1 y 5 años.	Linea base 1 caso año 2014



4. COMPONENTE ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

La misión del Plan de Desarrollo del Alcalde a través del lema “PITALITO TERRITORIO DE OPORTUNIDADES” es “comprometerse y comprometer la acción del Estado, a través de la gestión, en torno al bienestar del ser humano, utilizando el diálogo permanente con la comunidad rural y urbana, atendiendo las necesidades prioritarias de desarrollo, de acuerdo con los principios y valores de transparencia, eficiencia, eficacia, calidad, solidaridad, compromiso, participación, equidad, honestidad, respeto y responsabilidad

4.1 Visión

El Plan Decenal de Salud Pública Nacional tiene como visión: Para el 2021 Colombia ha consolidado el Plan Decenal de Salud Pública con la acción transectorial y comunitaria, para lograr la paz y la equidad social mediante la mejora del bienestar integral y de la calidad de vida para todos los habitantes del territorio colombiano.

La visión del Plan de Desarrollo del Alcalde es: en el año 2019 Pitalito será un municipio digno y seguro de sus pobladores, una ciudad donde los sueños de los Laboyanos puedan ser realizables, afloren las oportunidades y estemos todos preparados para recibir el desarrollo y progreso que nos consolidará como la capital del sur colombiano.

La visión del Plan Territorial de Salud del municipio de Pitalito, fue estructurada para aportar al cumplimiento de la visión del Plan de Desarrollo del Alcalde Municipal y la visión del Plan Decenal de Salud Pública Nacional y Departamental.

Visión Pitalito: Para el año 2021 Pitalito, el municipio de Valle de Laboyos, bajo el lema "por un Pitalito ideal", habrá consolidado el plan decenal de salud pública con la acción transectorial y comunitaria, para lograr la paz y la equidad social mediante la mejora del bienestar integral y la calidad de vida para todos los habitantes de acuerdo a la intervención adecuada de los riesgos individuales y los determinantes de salud.

4.2 Desafíos





- Gestionar recursos para la ejecución de programas de conservación buscando garantizar mejores condiciones de vida para la población mediante inversiones importantes para la preservación del medio ambiente, la seguridad en el trabajo, aseguramiento en salud y cobertura total de agua potable y saneamiento básico para la población, disminuyendo notablemente la morbilidad por enfermedades gastrointestinales y parasitarias comunes principalmente en la población infantil y la carga de enfermedades laborales, y en general la salud de la población.
- Generar mejores oportunidades de educación, recreación y deporte para reducir la violencia y el conflicto armado y social, lo cual se traduce en la reducción de embarazos tempranos, enfermedades transmisibles y la carga de enfermedad asociada a la convivencia y salud mental. Además de reducir la carga de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Gestionar recursos del nivel departamental y nacional para fortalecer programas de desarrollo generando un impacto positivo en el municipio, gracias al mejoramiento de la malla vial y apoyo al sector agrario se incrementó la oferta de empleo en el sector rural y urbano, lo que conlleva a tener acceso a todos los productos básicos de la canasta familiar disminuyendo así los índices de malnutrición, bajo peso al nacer y anemia gestacional.
- Disminuir el número de casos de ITS-VIH sida, además de la estigmatización y discriminación por parte de la sociedad, lo que permite la inclusión laboral y social de la población afectada.
- Implementar estrategias y programas de sensibilización comunitaria e institucional para lograr prevenir y controlar el índice aedico del municipio.
- Implementar la política nacional de reducción de consumo de sustancias psicoactivas, para lograr impactar a la juventud en su proyecto de vida logrando disminuir las tasas de embarazo en adolescentes, suicidios e intentos, accidentalidad-

4.3 Objetivos estratégicos

El Plan Decenal de Salud Pública Nacional contempla tres objetivos estratégicos:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud;
2. Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes;



3. mantener cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad evitables.

Objetivos Estratégicos del Sector Salud en la Dimensión Social: Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y de salud de los habitantes y mantener cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad evitables; con la acción sectorial, transectorial y comunitaria, a través de tres líneas operativas: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de salud pública.

Tabla 59. Concordancia entre objetivos estratégicos PTS con PDSP.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PDSP	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PTS
AVANZAR HACÍA LA GARANTÍA DEL GOCE EFECTIVO DEL DERECHO A LA SALUD	Disminuir las inequidades sociales, culturales, económicas, políticas y ambientales las cuales afectan las condiciones de vida de los individuos, mediante la implementación de acciones que eliminen las desigualdades garantizando el goce efectivo de los derechos a la salud y la vida.
MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACIÓN	Mejorar la infraestructura y entornos necesarios para la supervivencia en condiciones dignas y garantizar el cubrimiento de las necesidades básicas a la población.
LOGRAR CERO TOLERANCIA FRENTE A LA MORBILIDAD, MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD EVITABLES	Reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable asociada a la gestación, parto, puerperio, infancia, adolescencia y enfermedades crónicas garantizando equitativamente los servicios de salud, incorporando el enfoque de riesgo en todos los procesos de atención.

4.4 Retos y objetivos sanitarios por dimensiones

Objetivos de la Dimensión Salud Ambiental:

- Garantizar la realización de las acciones de prevención, vigilancia y control sanitario a través de un equipo idóneo.
- Diseñar estrategias de movilización y coordinación de acciones intersectoriales con participación comunitaria para lograr y mantener las coberturas útiles de vacunación contra fiebre amarilla y vacunación antirrábica de caninos y felinos.

Objetivos de la Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles:





- Promover y desarrollar hábitos y estilos de vida saludable, uso racional de medicamentos y desestimulo al tabaco y uso de sustancias psicoactivas según los ciclos vitales y condiciones especiales a través de acciones de información, comunicación y actividades dirigidas.
- Desarrollar estrategias de fomento de la actividad física en escenarios educativos, laborales, espacios comunitarios e institucionales
- Garantizar la realización de las acciones de vigilancia y control de las actividades de salud y salud pública a través de un equipo idóneo.
- Garantizar el cumplimiento a las actividades de prevención, detección temprana y seguimiento a riesgo identificados por partes de los actores del SGSSS con énfasis en poblaciones vulnerables.
- Implementar estrategias de inducción a los servicios de tamizaje, detección temprana y tratamiento para el cáncer de mama y cuello uterino en ámbitos cotidianos

Objetivos de la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental:

- Construcción de redes sociales, centros de escucha, para el desarrollo de actividades de promoción de la política de salud mental y prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.
- Implementar la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas

Objetivos de la Dimensión: Seguridad Alimentaria y Nutricional

- Desarrollar la estrategia IAMI integral, AIEPI en instituciones prestadoras de servicios de salud
- Establecer estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promoción de patrones alimentarios adecuados (SEGURIDAD ALIMENTARIA)
- Garantizar el cumplimiento a las actividades de prevención, detección temprana y seguimiento a riesgo identificados por partes de los actores del SGSSS con énfasis en poblaciones vulnerables.



Objetivos de la Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

- Construcción de redes sociales para la promoción y garantía del derecho al ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva con enfoque de género y etno-cultural
- Desarrollar el modelo de gestión programática de vih y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el vih/sida
- Garantizar el cumplimiento de las actividades de protección específica, detección temprana y seguimiento a riesgos en los programas de salud sexual y reproductiva

Objetivos de la Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

- Garantizar el desarrollo del Plan Estratégico Colombia hacia el fin de la tuberculosis 2016-2025 para la expansión de la estrategia DOTS-TAS
- Implementar la estrategia COMBI para contrarrestar la concentración de riesgo de dengue presente en el municipio
- Desarrollar estrategias de educación y comunicación para fomentar medidas preventivas para enfermedades transmisibles, inmunoprevenibles, epidémicas, emergentes,

Objetivos de la Dimensión: Salud Pública en Emergencias y Desastres

- Promover el desarrollo de destrezas y habilidades en la atención de emergencias y desastres en el personal de salud y habitantes del municipio

Objetivos de la Dimensión: Salud y Ámbito Laboral

- Promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales de población informal y vulnerable en el marco de la seguridad social.
- Garantizar el cumplimiento de las responsabilidades por parte de los actores del SGSSS

Objetivos de la Dimensión: transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables





- Garantizar la participación de las poblaciones vulnerables en los espacios sociales y comunitarios.
- Vigilar que en la atención brindada a la población se realice con los diferentes enfoques establecidos en el PDSP, determinantes particulares que conllevan inequidades sociales y sanitarias.

Objetivos de la Dimensión: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud

- Garantizar a la población del municipio, con énfasis en la que registra pobreza extrema, la accesibilidad y continuidad en el SGSSS a través de los diferentes regímenes.
- Vigilar que la prestación se lleve a cabo con el cumplimiento de la normatividad vigente y con los mejores estándares de calidad

4.5 Metas de resultado por dimensión e indicadores

Dimensión Salud Ambiental:

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Garantizar el desarrollo de la estrategia Entornos Saludables/ Viviendas Saludables en	Número de viviendas del municipio de Pitalito con la estrategia Entornos	2015	0	250



Viviendas del municipio de Pitalito.	Saludables/ Viviendas Saludables.			
Garantizar el desarrollo de la estrategia Entornos Saludables/ Escuela saludable en sedes educativas del municipio de Pitalito.	Número de sedes educativas con la Estrategia Entorno saludable/ Escuela saludable.	2015	0	6
1911 establecimientos de interés sanitario de alto riesgo, vigilados y controlados.	Número de establecimientos de interés sanitario de alto riesgo, vigilados y controlados.	2015	1736	1911
1722 establecimientos de interés sanitario de bajo riesgo vigilados y controlados.	Número de establecimientos de interés sanitario de bajo riesgo vigilados y controlados.	2015	1566	1722
Mantener en 0 la tasa de rabia humana, canina y felina.	Tasa de rabia humana, canina y felina.	2015	0	0

Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles:

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.



META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Capacitar a 1400 docentes de las Instituciones Educativas y representantes de las Instituciones Públicas, en las medidas establecidas en la ley 1335 de 2009, (ley de prevención y control de consumo de cigarrillo y tabaco).	Número de docentes de las Instituciones Educativas y representantes de las Instituciones Públicas capacitados en las medidas establecidas en la ley 1335 de 2009, (ley de prevención y control de consumo de cigarrillo y tabaco).	2015	100	4200
Capacitar a 4000 docentes y estudiantes de Instituciones Educativas, funcionarios de ONG,s y otras instituciones en actividades propias de vida saludable.	Número de docentes y estudiantes de Instituciones Educativas, funcionarios de ONG,s y otras instituciones capacitados en actividades propias de vida saludable.	2015	200	12000
Vincular a 5000 personas a la promoción de la actividad física en espacios públicos en el municipio.	Número de personas vinculadas a la promoción de la actividad física en espacios públicos en el municipio.	2015	1660	5000
Implementar una estrategia para la promoción de prácticas de autocuidado,	Número de estrategias implementadas para la promoción de prácticas de autocuidado,	2015	0	1



prevención y manejo de las Enfermedades No Transmisibles, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia y la importancia de la detección temprana de sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares.	prevención y manejo de las Enfermedades No Transmisibles, la salud bucal, visual y auditiva, desde la primera infancia y la importancia de la detección temprana de sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares.			
Lograr un índice de (Cariados, obturados y perdidos) -COP por debajo de 3,0 en menores de 12 años.	Índice de COP	2015	0	3
Construir y actualizar anualmente la línea base de personas menores de 18 años diagnosticadas con cáncer.	Línea base actualizada de personas menores de 18 años diagnosticados con cáncer.	2015	0	1



Dimensión Convivencia Social y Salud Mental:

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Diseñar, ejecutar y evaluar un Plan municipal de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.	Un Plan municipal de reducción del consumo de sustancias psicoactivas diseñado y evaluado.	2015	0	1
97% de intervenciones a los intentos de suicidio, suicidio y otros eventos en salud mental, reportados mediante el sistema de vigilancia en salud pública.	Porcentaje de intervenciones a los intentos de suicidio, suicidio y otros eventos en salud mental reportados, mediante el sistema de vigilancia en salud pública.	2015	80%	97%
Mantener por debajo de 7,2 x 100.000 habitantes, la tasa anual de mortalidad por suicidio.	Tasa anual de suicidio x 100.000 habitantes	2015	7,2	7,2
Diseñar, ejecutar y evaluar un plan local intersectorial de salud	Un plan local intersectorial de salud mental (suicidio,	2015	0	1



mental (suicidio, intento de suicidio y violencias).	consumo de SPA y violencias).			
--	-------------------------------	--	--	--

Dimensión: Seguridad Alimentaria y Nutricional

META DE RESULTADO: Reducir la mortalidad en menores de 5 años por debajo de 7,9 x 1000 nacidos vivos.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos.

LÍNEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad en menores de 5 años de 8,4 x 1000 nacidos vivos.

Año 2019: Tasa de mortalidad en menores de 5 años de 7,9 x 1000 nacidos vivos.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LÍNEA BASE	VALOR ESPERADO
Mantener por debajo de 1,9% el índice de desnutrición aguda en niños menores de 5 años.	Porcentaje de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.	2015	1,9%	1,9%
Incrementar en 2 meses la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.	Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.	2015	ND	2
Diseñar, ejecutar y evaluar un Plan Local Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Un Plan Local Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional diseñado, en ejecución y	2015	0	1



	evaluado.			
Mantener por debajo de 3,9% el índice de desnutrición global en niños menores de 5 años.	Porcentaje de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años.	2015	3,5%	3,9%
Mantener por debajo de 13,8% el índice de desnutrición crónica en niños menores de 5 años.	Porcentaje de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años.	2015	13,8%	13,8%
Mantener por debajo de 3,2% el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer.	Porcentaje de bajo peso al nacer	2015	2,2%	3,2%
Construir y actualizar trimestral la línea base de anemia en gestantes de 13 a 49 años	Actualización trimestral de la línea base de anemia en gestantes.	2015	0	1
Mantener por debajo de 23,1% el índice de exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años.	Porcentaje de exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años.	2015	23,1%	23,1%

Dimensión: Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.



LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Mantener por debajo de 94,2 x 1000 nacidos vivos la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.	Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años x 1000 nacidos vivos.	2015	88,6	94,2
Mantener por debajo de 2 la tasa de incidencia de sífilis congénita x 1000 nacidos vivos.	Tasa de incidencia de sífilis congénita x 1000 nacidos vivos.	2014	Tasa de sífilis congénita de 1,6 x 1000 nacidos vivos.	Tasa de sífilis congénita de 2 x 1000 nacidos vivos.
Mantener en 0 el porcentaje de transmisión vertical de VIH.	Porcentaje de transmisión vertical de VIH	2015	0	0
Mantener por debajo de 3,4 la tasa de mortalidad de VIH/SIDA x 100.000 habitantes.	Tasa de mortalidad de VIH/SIDA por 100.000 habitantes.	2015	Tasa de mortalidad por VIH/SIDA de 2,4 x 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad por VIH/SIDA de 3,4 x 100.000 habitantes
Mantener por debajo de 18,7 la tasa de	Tasa de incidencia de VIH x 100.000	2015	Tasa de incidencia	Tasa de incidencia



incidencia de VIH x 100.000 habitantes.	habitantes		de VIH 16,7 x 100.000 habitantes.	de VIH 18,7 x 100.000 habitantes
100% de mujeres gestantes con prueba de VIH en el año con sus respectivas asesorías.	Porcentaje de mujeres gestantes con prueba de VIH.	2015	87%	100%
Incrementar al 80% el ingreso de gestantes a control prenatal antes de la semana 12 de gestación.	Porcentaje de ingreso de la gestante a control prenatal antes de la semana 12.	2015	74,5%	80%
Mantener por encima de 99,5 el porcentaje de mujeres gestantes con cuatro (4) o más controles prenatales.	Porcentaje de gestantes con cuatro (4) o más controles.	2015	99,5%	99,5%
Mantener por encima del 95% la cobertura de parto institucional cada año	Porcentaje de parto institucional.	2015	95%	95%
Mantener la razón de mortalidad materna por debajo de 42,03 x 100000 nacido vivos	Razón de mortalidad materna x 100000 nacidos vivos.	2015	Razón de mortalidad materna 42,03 x 100000 NV	Razón de mortalidad materna 42,03 x 100000 NV
Incrementar al 74% el porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años que usan métodos de	Porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años que usan métodos de	2015	67,7%	74%



anticoncepción en el año.	anticoncepción.			
Aumentar a 60% el tamizaje de cáncer cervicouterino por medio de toma de citología cervicouterina en mujeres de 25 a 69 años.	Porcentaje de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres de 25 a 49 años.	2015	50,7%	60%
Alcanzar el 50% de IPS públicas y EAPB con socialización de la ruta de atención integral en equidad de género.	Porcentaje de IPS públicas y EAPB con socialización de la ruta de atención integral en equidad de género.	2015	ND	50%
Diseñar, ejecutar y evaluar un Plan Municipal de Salud Sexual y Reproductiva.	Un Plan Municipal de Salud Sexual y Reproductiva diseñado, en funcionamiento y evaluado.	2015	0	1

Dimensión: Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA	VALOR
------------------	-------------	---------	-------	-------



			BASE	ESPERADO
Mantener por debajo de 16,2 x 100.000 habitantes la incidencia de tuberculosis.	Tasa de incidencia de tuberculosis x 100.000 habitantes.	2015	15.1	16,2
Mantener por encima de 80% las búsquedas activas al año de sintomáticos respiratorios de la meta planteada de la plantilla de programa anual.	Porcentaje de búsquedas activas al año de sintomáticos respiratorios de la meta planteada de la plantilla de programa anual.	2015	80%	80%
Mantener por debajo de 1,6 x100.000 habitantes la tasa de Hansen en el año.	Tasa de Hansen x 100.000 habitantes.	2015	2,4	1,6
Mantener por debajo de 33,3% el porcentaje de discapacidad severa grado 2 por enfermedad de Hansen, entre los casos nuevos.	Porcentaje de discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen.	2015	33,3%	33,3%
Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en la población objeto del programa.	Cobertura de vacunación con esquema completo para la edad.	2015	95,2%	95%
Fortalecer al 100% las acciones anuales de información en salud y	Número de acciones de información en salud y educación y	2015	100%	100%



educación y comunicación para la salud en prevención de enfermedades transmitidas por vectores ETV.	comunicación para la salud en prevención de enfermedades transmitidas por vectores.			
Disminuir la tasa de incidencia de dengue a 101 x 100.000 habitantes en el año, durante el cuatrienio.	Tasa de dengue x 100.000 habitantes.	2015	109	101
Disminuir a 7,1 el índice aédico en el año.	Índice aédico.	2015	7,8	7,1
Mantener en 0 la tasa anual de mortalidad asociada al dengue.	Tasa de mortalidad asociada al dengue x 100.000 habitantes.	2015	0	0

Dimensión: Salud Pública en Emergencias y Desastres

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Cumplir el 90% de actividades programadas para fortalecer la	Numero de acciones en información en salud y educación y	2015	90%	90%



capacidad de respuesta en salud en emergencias y desastres mediante acciones de información en salud y educación y comunicación para la salud, (anexo técnico resolución 518 de 2015).	comunicación para la salud desarrolladas.			
Alcanzar el 67% en comunas y corregimientos con mapas de riesgo en salud.	Porcentaje en comunas y corregimientos con mapas de riesgo en salud	2015	4	4

Dimensión: Salud y Ámbito Laboral

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Fortalecer en 90% las acciones de promoción de la seguridad y riesgos laborales en el sector formal e informal de la economía. (Lustra botas,	Porcentaje de acciones de promoción de la seguridad y riesgos laborales en el sector formal e informal de la	2015	20%	90%



braceros, venta de alimentos crudos y preparados entre otros.	economía fortalecidas.			
Fortalecer acciones de sensibilización para la inclusión de personas en condición de discapacidad en el sector productivo de la economía tanto en el sector público y privado.	Número de acciones de sensibilización para la inclusión de personas en condición de discapacidad en el sector productivo de la economía tanto en el sector público y privado fortalecidas.	2015	1	3

Dimensión transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO L B	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Mantener por debajo de 8,1 x 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, en el cuatrienio.	Tasa de mortalidad en menores de un año por 1000 nacidos vivos.	2015	8,4	8,1
Mantener por debajo de 10,1 x 1000 nacidos	Tasa de mortalidad en menores de 5	2015	10,4	10,1



vivos la tasa de mortalidad en menores de 5 años durante el cuatrienio.	años por 1000 nacidos vivos.			
Disminuir a 100,3 x 1000 niños de 0 a 5 años, la tasa de morbilidad por enfermedad diarreica aguda -EDA.	Tasa de morbilidad en población de 0 a 5 años por EDA.	2015	Tasa de 120,5 x 1000 niños menores de 5 años	Tasa de 100,5 x 1000 niños menores de 5 años
Disminuir a 357,4 x 1000 niños de 0 a 5 años, la tasa de morbilidad por infección respiratoria aguda – IRA.	Tasa de morbilidad en población de 0 a 5 años por IRA.	2015	Tasa de 567,5 x 1000 niños de 0 a 5 años.	Tasa de 357,4 x 1000 niños de 0 a 5 años.
Fortalecer al 100% la estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI.	Porcentaje de fortalecimiento de la estrategia AIEPI.	2015	implementada	Fortalecida al 100%
A 2019 la Secretaria de Salud de Pitalito ha realizado un diagnostico social de análisis de la situación del envejecimiento y vejez.	Diagnostico social de análisis de la situación de envejecimiento y vejez.	2015	0	Un diagnostico social.
A 2019 la Secretaria de Salud de Pitalito ha	Diagnostico social de análisis de la	2015	0	Un diagnostico



realizado un diagnostico social orientado a la reducción de inequidades de género en salud, con participación social.	situación de salud y género.			social.
A 2019 la Secretaria de Salud de Pitalito ha realizado un diagnostico social de análisis de la situación de la población Afro.	Diagnostico social de la situación	2015		Un diagnostico social.
Fortalecer al 100% el proceso de concertación con la comunidades indígenas las acciones de Atención Primaria en salud –APS y Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural –SISPI.	Porcentaje de concertación con las comunidades indígenas las acciones APS y SISPI.	2015	50%	100%
Fortalecer al 100% la estrategia Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC, para la población que presenta condición de discapacidad.	Porcentaje de fortalecimiento de la estrategia RBC para población en condición de discapacidad.	2015	70%	100%



Atender al 100% de la demanda en acompañamiento psicosocial a la población víctima del conflicto armado.	Porcentaje de atención psicosocial a la población víctima del conflicto armado.	2015	100%	100%
--	---	------	------	------

Dimensión transversal Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la Gestión de la Salud

META DE RESULTADO: Mantener la mortalidad general por debajo de 476,8 muertes x100.000 habitantes.

INDICADOR DE RESULTADO: Tasa de mortalidad general por 100.000 habitantes.

LINEA BASE: Año 2015: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

Año 2019: Tasa de mortalidad general de 476,8 x 100.000 habitantes.

META DE PRODUCTO	INDICADORES	AÑO LB	LINEA BASE	VALOR ESPERADO
Lograr el cumplimiento del 100% en la notificación de las semanas epidemiológicas por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos -UPGD en el año.	Porcentaje de la notificación semanal obligatoria al SIVIGILA de los eventos de interés en salud pública.	2015	98%	100%
Realizar visitas de seguimiento al 100% de los eventos de interés en salud pública que lo	Porcentaje de visitas realizadas de los eventos de interés en salud pública según	2015	91%	100%



requieran según protocolo. (Notificados al SIVIGILA cada año).	protocolo, notificados al SIVIGILA.			
Realizar el 100% de los Comité de Vigilancia Epidemiológica -COVE.	Porcentaje de cumplimiento en la realización del comité de vigilancia epidemiológica -COVE.	2015	12	12
Realizar el 100% de los Comités de Vigilancia en Salud Pública. (Comité de Estadísticas Vitales y Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria – COVECOM).	Porcentaje de cumplimiento en la realización de comités de Estadísticas Vitales y Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria– COVECOM).	2015	4	4
Elaborar y aprobar el Plan Territorial de Salud del municipio de Pitalito, durante el cuatrienio	Plan Territorial de Salud de Pitalito elaborado y aprobado.	2015	0	1
Mantener 1 contrato al año, con una empresa interventora para Garantizar el seguimiento a la prestación del servicio del régimen subsidiado	Contratación de empresa interventora.	2015	1	1
Fortalecer a la Secretaria de Salud Municipal a través de la implementación de los	Secretaria de Salud Municipal fortalecida con la implementación de los proceso para la	2015	1	1



procesos para la gestión de la salud pública.	gestión de la salud pública.			
Identificar en un 100% las EAPB e IPS que generan barreras administrativas en la prestación de servicios, para su notificación a los Entes de Control.	Porcentaje de EAPB e IPS que generan barreras administrativas en la prestación de servicios.	2015	65%	100%
Mediante mesas de trabajo con los actores del sistema (EAPB e IPS) generar planes de mejora que propendan por el mejoramiento continuo de la calidad.	Número de mesas de trabajo realizadas con los actores del sistema.	2015	6	32
Mantener el 100% de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS régimen subsidiado en continuidad	% de afiliados a SGSSS en régimen subsidiado en continuidad	2015	97,79%	100%
Diseñar e implementar una estrategia de vigilancia para evitar la evasión y elución al SGSSS.	Estrategia de vigilancia para evitar la evasión y elución al SGSSS diseñada e implementada.	2015	0	1
Garantizar en un 80% la accesibilidad a los servicios de salud de primer nivel a la	Porcentaje de accesibilidad a los servicios de salud de primer nivel a la	2015	64%	80%



población urbana y rural del municipio mediante el modelo de Atención Primaria en Salud -APS	población urbana y rural del municipio mediante el modelo de Atención Primaria en Salud -APS			
Avanzar al 60% en la implementación de la estrategia IAMI con base a los nuevos lineamientos de la UNICEF emitidos el año 2016, en la ESE municipal Manuel Castro Tovar.	Porcentaje de avance en la implementación de la estrategia IAMI con base a los nuevos lineamientos de la UNICEF emitidos el año 2016, en la ESE municipal Manuel Castro Tovar.	2015	50%	60%
Mantener actualizado el Sistema de Gestión de Calidad en la ESE Municipal Manuel Castro Tovar.	ESE municipal Manuel Castro Tovar certificada en ISO9001 durante el cuatrienio	2015	1	1
Fortalecer 1 programa de humanización de servicios de salud (buen trato), en la ESE Manuel Castro Tovar, durante el cuatrienio.	Programa de humanización de servicios de salud (buen trato), en la ESE Manuel Castro Tovar implementado.	2015	1	1
Presentar 1 proyecto para la consecución de recursos destinados a la construcción de la sede del centro de salud Panorama.	Proyecto elaborado y presentado.	2015	0	1



Presentar 1 proyecto durante el cuatrienio destinado para la construcción de hospital de primer nivel	Proyecto elaborado y presentado.	2015		0
Presentar 1 proyecto durante el cuatrienio para la gestión de recursos destinados a la compra de terrenos para construcción del puesto de salud de Chillurco y Charguayaco.	Proyecto elaborado y presentado.	2015	0	1
Presentar 1 proyecto durante el cuatrienio que permita gestionar los recursos para la construcción de la segunda fase del centro de salud del corregimiento de Bruselas.	Proyecto elaborado y presentado.	2015	0	1
Presentar 1 proyecto para la adquisición de una unidad médico odontológica, durante el cuatrienio	Proyecto elaborado y presentado.	2015	0	1
Radicar 1 proyecto durante el cuatrienio para gestión de recursos destinados a Dotación de equipos biomédicos	Proyecto elaborado y presentado.	2015	0	1



de los puestos de salud de Chillurco y Charguayaco y centros de salud ESE Manuel Castro Tovar.				
Garantizar la adecuación de un espacio en la ESE Municipal Manuel Castro Tovar para la prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes durante el cuatrienio	Espacio adecuado en la ESE Municipal Manuel Castro Tovar para la prestación de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.	2015	0	1
Realizar un estudio de viabilidad durante el cuatrienio para la construcción de un centro de atención para personas con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas.	Número de estudios realizados	2015	0	1

4.6 Estrategias por dimensión y componente

Con relación al componente estratégico del Plan territorial en salud, se realizaron unas mesas de trabajo con la secretaria de salud municipal, para analizar las tendencias históricas de los indicadores de resultados establecidos en el PDSP, estableciendo así las metas de resultado, indicadores de resultado, objetivos, metas de producto, indicadores de producto, estrategias y actividades de intervención, para impactar en los resultados en salud del municipio.



5. COMPONENTE DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El componente estratégico y de inversión plurianual está orientado a construir la visión prospectiva de la salud en el territorio, los objetivos, las metas y las estrategias vinculadas a las dimensiones prioritarias y transversales del Plan Decenal de Salud pública acordes con el análisis de situación de salud y priorización de salud pública, con el fin de optimizar los recursos para transformarlos en bienes y servicios, agregándoles valor público y para proyectar los presupuestos plurianuales requeridos dentro de un marco que garantice la sostenibilidad fiscal y el logro de las metas a largo plazo a cargo de los responsables de la ejecución.

Proyección de Recursos

SECTOR	PROGRAMAS	INVERSIÓN TOTAL 2016 - 2019 (MILLONES DE PESOS)				
		ICLD	SGP	SGP LD	OTROS	TOTAL
Salud	Por un Pitalito ideal	1053,73572	114177,745	2849,30138	138347,07	256427,852

Fuente: Plan Desarrollo del municipio de Pitalito

Las fuentes de financiación para el Plan Territorial de Salud del municipio de Pitalito son:

- ICLD: Ingresos Corrientes de Libre Destinación.
- SGP: Sistema General de Participaciones
- SGP LD: Sistema General de Participaciones Libre Destinación
- Otros

La resolución 518 de 2015, en el artículo 16 establece que el Ministerio realizará el seguimiento de los recursos de salud pública del Sistema General de Participaciones – SGP, observando la oportunidad en la incorporación y ejecución de los mismos, usando la información reportada trimestralmente a



través del Formulario único territorial – FUT. Igualmente informará de los resultados a las entidades de vigilancia y control correspondientes.

En marzo de 2016, la Contaduría General de la Nación ajustó la estructura del FUT para el Fondo Local de Salud con el objetivo de hacer concordante el reporte de la información financiera con lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública, para las 10 dimensiones y sus respectivos componentes.

Para dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad enunciada y en el proceso de actualización que debe realizarse al componente financiero en salud, se aclara que se encuentra en trámite el ajuste de la estructura presupuestal del municipio en la subcuenta de salud pública y en la subcuenta de otros gastos en salud, incluidas en la cuenta del fondo local de salud. A continuación, se presenta la proyección de la estructura teniendo en cuenta la agrupación del FUT actualizado a 2016.

Cuenta en el fondo local de salud

Subcuenta Salud Pública

FSG.A.2.2.15 SALUD AMBIENTAL
FSG.A.2.2.15.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD (HABITAT SALUDABLE)
FSG.A.2.2.15.2 GESTIÓN DEL RIESGO (SITUACIONES DE SALUD RELACIONADAS CON CONDICIONES AMBIENTALES)
FSG.A.2.2.16 VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES
FSG.A.2.2.16.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD (MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES)
FSG.A.2.2.16.2 GESTIÓN DEL RIESGO (CONDICIONES CRÓNICAS PREVALENTES)
FSG.A.2.2.17 CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL
FSG.A.2.2.17.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD (PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA CONVIVENCIA).
FSG.A.2.2.17.2 GESTIÓN DEL RIESGO (PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL A PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES Y SPA).
FSG.A.2.2.18 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL



FSG.A.2.2.18.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD (Disponibilidad y acceso a los alimentos, Consumo y Aprovechamiento biológico de los alimentos.)
FSG.A.2.2.18.2 GESTIÓN DEL RIESGO (Consumo y Aprovechamiento biológico de los alimentos, Calidad e inocuidad de los alimentos) FSG.A.2.2.18.2GESTIÓN DEL RIESGO (Consumo y Aprovechamiento biológico de los alimentos, Calidad e inocuidad de los alimentos)
FSG.A.2.2.19 SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
FSG.A.2.2.19.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD (PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y LA EQUIDAD DE GÉNERO)
FSG.A.2.2.19.2 GESTIÓN DEL RIESGO (PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS)
FSG.A.2.2.20 VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
FSG.A.2.2.20.1 GESTIÓN DEL RIESGO EN ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES - PAI
FSG.A.2.2.20.2 GESTIÓN DEL RIESGO EN ENFERMEDADES EMERGENTES, REEMERGENTES Y DESATENDIDAS.
FSG.A.2.2.20.2.1 TUBERCULOSIS
FSG.A.2.2.20.2.2LEPRA o HANSEN
FSG.A.2.2.20.2.3 OTRAS ENFERMEDADES EMERGENTES, RE-EMERGENTES Y DESATENDIDAS
FSG.A.2.2.20.3 GESTIÓN DEL RIESGO EN CONDICIONES ENDEMO - EPIDÉMICAS
FSG.A.2.2.20.3.1 ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES-ETV
FSG.A.2.2.20.3.2 OTRAS CONDICIONES ENDEMO - EPIDÉMICAS
FSG.A.2.2.21 SALUD Y ÁMBITO LABORAL
FSG.A.2.2.21.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD (SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)
FSG.A.2.2.21.2 GESTIÓN DEL RIESGO (SITUACIONES PREVALENTES DE ORIGEN LABORAL)
FSG.A.2.2.22 GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES
FSG.A.2.2.22.1 DESARROLLO INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS
FSG.A.2.2.22.2DISCAPACIDAD
FSG.A.2.2.22.3 VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
FSG.A.2.2.23 GESTIÓN EN SALUD PUBLICA
FSG.A.2.2.23.1 PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD
FSG.A.2.2.23.2 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PUBLICA
FSG.A.2.2.23.2.3 INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO
FSG.A.2.2.23.2.4 OTROS GASTOS EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
FSG.A.2.2.23.3 GESTIÓN PROGRAMÁTICA DE LA SALUD PUBLICA



FSG.A.2.2.23.4 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

FSG.A.2.2.23.5 DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA LA GESTION DE SALUD PUBLICA

Fuente: Contaduría General de la Nación

Gastos de Inversión - Subcuenta Otros Gastos En Salud

FSG.A.2.4.2 GASTOS DE INVERSIÓN - SUBCUENTA OTROS GASTOS EN SALUD

FSG.A.2.4.2.13 PROMOCIÓN SOCIAL

FSG.A.2.4.2.13.3 ETNIA, DISCAPACIDAD, GÉNERO, NIÑEZ, ADOLESCENCIA, PERSONAS MAYORES

FSG.A.2.4.2.14 OTROS GASTOS DE SALUD EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Fuente: Contaduría General de la Nación

El Plan Territorial de Salud dará cumplimiento a lo establecido en el artículo 20 de la Resolución 518 de 2015 con respecto a la distribución de los recursos del componente de salud pública el Sistema general de participaciones – SGPS, que determina unos rangos de distribución en porcentaje para el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC) y las acciones de gestión de la salud pública – GSP.

Porcentaje de recursos del SGP-SP de la subcuenta de Salud Pública Colectiva

Categoría del municipio	Plan de salud pública de intervenciones colectivas PIC	Procesos de gestión de la salud pública relacionados con las competencias de salud pública
Categorías 1, 2 o 3	40% – 60%	40% – 60%
Categoría 4, 5 y 6	60% – 70%	30% – 40%

Fuente: Resolución 518 de 2015

La contratación del PIC se realizará prioritariamente con la Empresa Social del Estado Manuel Castro Tovar, ubicada en el municipio de Pitalito y serán incluidas las acciones para las cuales tenga capacidad técnica y operativa. Se realizará verificación de los cuatro criterios establecidos en el artículo 15 de la Resolución 518 de 2015 para determinar la capacidad técnica y operativa de la institución a contratar para la ejecución del PIC.



6. IMPLEMENTACION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Según lo establecido en el Artículo 39 de la Resolución 1536 de 2015, la implementación del Plan Territorial de Salud, se llevará a cabo como un proceso orientado a ejecutar las intervenciones, actividades y los recursos aprobados en el Plan de Acción en Salud, con la responsabilidad del municipio en articulación sectorial y transectorial y en coherencia con las herramientas operativas de PAS (Plan de Acción en salud) y COAI (componente operativo anual de inversiones) que estableció el Ministerio de Salud y Protección Social. Las tres líneas operativas para la implementación del Plan Territorial en Salud son:

1. **Promoción de la Salud**, las intervenciones correspondientes a esta línea operativa serán desarrolladas a través de la ejecución del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas, que se contrata con la IPS pública del primer nivel de atención del municipio ESE Manual Castro Tovar; dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 518 de 2015. Estas intervenciones están dirigidas a la generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para intervenir y modificar los determinantes sociales. Se realizará articulación del PSPIC con las actividades del POS y con acciones de otros sectores para favorecer el cumplimiento de las metas en salud; según lo establecido en el artículo 34 de la Resolución 1536 de 2015 y el artículo 13 numeral 13. 1 de la Resolución 518 de 2015.

2. **Gestión del Riesgo en Salud**, las intervenciones correspondientes a esta línea operativa serán desarrolladas a nivel individual por parte de las EAPB implementando estrategias encaminadas a modificar el riesgo en salud de sus afiliados. Se fortalecerán las acciones de inspección, vigilancia y control en cuanto a la prestación de servicios de salud, para que se garanticen las acciones del Plan Obligatorio de Salud relacionados con la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y paliación, la garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de los servicios de salud; según lo establecido en el artículo 34 de la Resolución 1536 de 2015 y el artículo 13 numeral 13.6 de la Resolución 518 de 2015.



3. Gestión de la Salud Pública, las intervenciones correspondientes a esta línea operativa serán desarrolladas por la Secretaría de Salud Municipal, apuntan a la generación de gobernanza en salud, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias sean articuladas; según lo establecido en el artículo 34 de la Resolución 1536 de 2015 y los artículos 4 y 5 de la Resolución 518 de 2015. Se desarrollaran intervenciones en los 13 procesos para la gestión de la salud pública: Coordinación intersectorial, Desarrollo de capacidades, gestión administrativa y financiera, gestión del aseguramiento, gestión del conocimiento, gestión de insumos de interés en salud pública, gestión del talento humano, gestión de intervenciones colectivas, gestión de la prestación de servicios individuales, participación social, planeación integral en salud, vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control. Durante la implementación del Plan Territorial de Salud en la línea de promoción de la salud; se contratará el Plan de Salud Pública de Intervenciones colectivas y se desarrollará todo lo contemplado en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, que se relaciona a continuación.

INTERVENCIONES	
REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD	Desarrollo de capacidades
	Búsqueda activa
	Información en salud
	Canalización
	Visita domiciliaria
	Intervenciones breves
PREVENCIÓN CONTROL VECTORES.	Y Prevención mediante métodos biológicos
	DE Prevención mediante métodos de barrera
	Prevención y control mediante métodos físicos o de saneamiento del medio Control químico en situaciones de contingencia y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación
	Implementación de metodología Combi
	Estrategia de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario



CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES, COMUNITARIAS, SECTORIALES E INTERSECTORIALES		La organización comunitaria que permita la comprensión de sus realidades y a partir de esto generar objetivos comunes y procesos de transformación que mejoren su calidad de vida.
		Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales. El desarrollo de intervenciones con y para las personas, familias, comunidades y organizaciones destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y calidad de vida.
		Desarrollo de espacios y procesos de interacción entre las personas, familias, comunidades y organizaciones para la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental a nivel territorial.
		Espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida.
		Evaluación del proceso de conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias.
ZONAS DE ORIENTACION CENTROS DE ESCUCHA	DE Y DE	Zonas de orientación escolar
		Zonas de orientación universitaria
		Centro de escucha para población con VIH y canalización de poblaciones en contextos de vulnerabilidad hacia los servicios sociales y sanitarios.
		Centro de escucha para población con consumo de sustancias psicoactivas Centros de escucha para familias y cuidadores de personas con discapacidad y afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales: para generar habilidades y capacidades individuales y colectivas para el autocuidado, la reducción del daño y la inclusión social.
		Centros de escucha definidos a través de líneas telefónicas de atención. (línea amiga desde el CRUE)
INFORMACIÓN EN SALUD		Identificación previa de conocimientos, actitudes y prácticas de salud existentes y sobre las cuales se pretende incidir mediante las acciones informativas.
		Diseño e implementación de la estrategia de medios y de IEC.



	diseño e implementación de procesos de seguimiento y evaluación de la apropiación e impacto de la información
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	Realizar encuentros colectivos para problematizar (desde los determinantes sociales) las realidades sanitarias de las poblaciones en contextos territoriales específicos. Identificar previamente los conocimientos, creencias, actitudes, normas sociales y prácticas de salud existentes y sobre las cuales se pretende incidir mediante estas acciones.
	Seleccionar de los tipos y las herramientas educativas y comunicativas que sean pertinentes para el fomento de soluciones a las problemáticas poblacionales/territoriales.
	Diseñar e implementar conjuntamente con los actores territoriales un proceso formativo, basado en el diálogo de saberes. (Favoreciendo la formación de agentes comunitarios multiplicadores del proceso educativo).
	Acompañar a las personas, familias y colectivos para aplicar los conceptos de salud aprendidos a nuevas situaciones que les permitan participar en diálogos públicos y privados sobre salud.
	Promover a partir de las acciones educativas implementadas, el desarrollo de proyectos concretos de intervención ciudadana en la solución o incidencia en la solución de las problemáticas identificadas.
	Establecer un plan de acción educativo-participativo para ahondar en las transformaciones individuales y sociales necesarias para superar las problemáticas identificadas.
	Desarrollar acciones colectivas de sistematización del proceso educativo implementado.
	Realizar procesos participativos de evaluación al impacto del proceso educativo.
	La generación de espacios virtuales y/o presenciales para el intercambio de experiencias.
INTERVENCIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA	Caracterizar las poblaciones laborales vulnerables del sector informal de la economía, sus condiciones de salud y los riesgos propios de sus actividades económicas.



INFORMAL	Promover estrategias que faciliten el acceso al sistema general de riesgos laborales de la población trabajadora informal, de conformidad con la ley 1562 de 2012.
	Fortalecer y promover la conformación de instancias organizativas de grupos de trabajadores informales y su participación en la protección de la salud en el trabajo, mediante el fomento de una cultura preventiva.
	Elaborar, implementar y evaluar planes de respuesta integral para mejorar condiciones de salud y trabajo en la población trabajadora informal.

PROCEDIMIENTOS	
CANALIZACIÓN	Reconocimiento de competencias territoriales, sectoriales e intersectoriales. Reconocimiento de la oferta existente y de las rutas de atención en el territorio de servicios sociales y de salud.
	La identificación de eventos a canalizar. (Incluye la búsqueda activa de sintomáticos de piel).
	Suministro de información y orientación a los servicios sociales y/o sanitarios. Desarrollo e implementación de los mecanismos que conlleven a una canalización efectiva de personas y comunidades a los servicios sociales y de salud; para lo cual se desarrollaran acciones de articulación con los encargados de los procesos de Gestión de la Salud Pública de la entidad territorial y con los demás actores sectoriales e intersectoriales.
	Realizar seguimiento de la canalización y evaluar su efectividad.
CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL	Estar enmarcada en una estrategia definida en el Plan Territorial de Salud.
	Toda información que se recolecte se hará con una finalidad previamente definida y en consecuencia, debe tener un uso práctico claro.
	Debe estar vinculada a la ejecución de otras intervenciones o procedimientos del PIC. Por medio de esta acción no se debe duplicar la información que se recolecte por otra vía o mecanismo definido.
	Debe tener un proceso para la gestión de la información que se recolecte. El procesamiento y análisis de la información que se recolecte debe generar un plan de acción para el mejoramiento de las condiciones caracterizadas.



TAMIZAJES	prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol
	prueba ASSIST (consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático
	Prueba SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adolescentes y adultos.
	pruebas de ELISA, inmunofluorescencia indirecta - IFI Y/O inmunocromatograficas (pruebas rápidas) para pruebas para anticuerpos anti-trypanosoma cruzi en la población de 0 a 15 años con énfasis en los menores de 5 años de los municipios priorizados por el plan de certificación de interrupción de la transmisión intra-domiciliaria. (Incluye kit de diagnóstico, toma, traslado y procesamiento de la muestra y reporte de la prueba).
	Pruebas de ELISA para anticuerpos ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI en las gestantes que viven o provienen de una zona endémica.
	Examen microscópico directo e IFI para leishmaniasis cutánea y visceral en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS.
	Pruebas rápidas de Leishmaniasis Visceral para uso en estudio de focos según protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención clínica.
	Examen ocular externo para identificar signos de triquiasis tracomatosa a mayores de 15 años en zonas en riesgo.
JORNADAS DE SALUD	Prueba rápidas para el tamizaje en VIH, HEPATITIS B Y C (hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans, trabajadores sexuales, usuarios de drogas inyectables y habitantes de calle).
	Actividad que se concentra en un espacio de tiempo definido y que implica el despliegue de un equipo interdisciplinario para garantizar el acceso de la población, ubicada prioritariamente en áreas rurales, a los servicios de salud individuales y colectivos.
	Cuando en función de lo anterior, se adelanten desplazamientos a zonas rurales se deberá hacer el despliegue de la mayor cantidad de talento humano e insumos en aras de lograr mayor integralidad e impacto de las acciones individuales y colectivas con eficiencia administrativa.
ZOONOSIS	Vacuna antirrábica de uso en perros y gatos



Durante la implementación del Plan Territorial de Salud en la línea operativa de Gestión de la Salud Pública se desarrollará todo lo contemplado en la Resolución 518 de 2015, que se relaciona a continuación.

PROCESO	DESCRIPCION
Coordinación intersectorial	para articular esfuerzos y crear sinergias que favorezcan la consecución de objetivos estratégicos; busca evitar o minimizar la duplicidad y superposición de políticas, asegurar prioridades de política y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas, en últimas, promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorial.
Desarrollo de capacidades	Para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimientos en el Talento Humano en salud, así como las capacidades en las Instituciones del SGSSS, que contribuyan a la gestión técnica, administrativa y financiera de las políticas de salud y protección social de forma sostenible, orientadas a mejorar la salud de los habitantes del país.
Gestión administrativa y financiera	Para ejecutar de manera óptima los recursos y las acciones necesarias para el direccionamiento, coordinación, ejecución, monitoreo y evaluación de los bienes, servicios, atenciones y/o intervenciones contempladas en los planes de cada entidad.
Gestión del aseguramiento	Que garantice la gestión del riesgo en salud mediante la afiliación de la población al SGSSS, la verificación del acceso efectivo a servicios de salud de calidad y el logro de resultados en salud.
Gestión del conocimiento	Que conduzca a generar información y evidencia suficiente, pertinente, oportuna confiable y asequible para tomar decisiones en salud, a través de la disponibilidad e integración de las fuentes de información y la investigación en salud pública.
Gestión de insumos de interés en salud pública	Para garantizar a la población del territorio nacional que presenta eventos de interés en salud pública los medicamentos, biológicos, reactivos de laboratorio, insecticidas, equipos y otros insumos para el control de riesgos, bajo principios de calidad y pertinencia.
Gestión del talento humano	Para garantizar la disponibilidad, suficiencia y pertinencia del talento humano con capacidades necesarias para la implementación de políticas, planes y proyectos de salud pública.
Gestión de las intervenciones colectivas	Con el propósito de implementar, monitorear y evaluar las intervenciones colectivas de promoción de la salud y gestión del riesgo, dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, conforme a los atributos de calidad definidos para las mismas.



PROCESO	DESCRIPCION
Gestión de la prestación de servicios individuales	Para mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud, el acceso y el uso de los recursos en salud, a fin de lograr la atención en salud efectiva e integral de la población colombiana, que incluye la detección temprana, protección específica, recuperación de la salud, rehabilitación del daño y atención paliativa.
Participación social	Con el objetivo de lograr que la ciudadanía y comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a la consecución de los objetivos estratégicos del PDSP y aumentando la capacidad de gobernanza en salud, mediante el ejercicio de la participación, la interacción social y la concertación de voluntades para el logro del bienestar colectivo.
Planeación integral en salud	Cuyo propósito es formular, implementar, desarrollar, monitorear y evaluar el Plan Territorial de Salud, como instrumento estratégico de la política en salud territorial.
Vigilancia en salud pública	Para generar información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población de forma sistemática y oportuna, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.
Inspección, vigilancia y control	con el objetivo de identificar, eliminar o minimizar riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso o consumo de bienes y servicios.



7. MONITOREO Y EVALUACION

Los procesos de monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud serán realizados teniendo en cuenta lo establecido en el Título IV de la Resolución 1536 de 2015. Son responsabilidad de la Entidad Territorial y debe incluir las tres líneas operativas de: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública. Se desarrollan de manera específica para las 10 dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública y por componentes. Con respecto al plan de acción en salud (PAS), el monitoreo se desarrollará de manera continua orientado hacia la verificación de cumplimiento de programación establecida y soportes de gestión documental. La evaluación está direccionada a cuantificar el nivel de ejecución de las actividades planteadas y se realizará con periodicidad trimestral. Para el COAI, se realizará proceso de monitoreo y evaluación de la ejecución financiera con frecuencia trimestral y se garantizará concordancia con lo reportado trimestralmente a la Contaduría a través del FUT con los ajustes emitidos por el nivel nacional para implementar en el 2016. El Ministerio de Salud y Protección Social, realizará el proceso de evaluación a través del Sistema de Monitoreo y Evaluación del SISPRO con la siguiente periodicidad, según lo establecido en el Artículo 44 de la Resolución 1536 de 2015: } Cada año: se generará de manera automática la información del avance de las intervenciones aprobadas en el plan de acción en salud por las tres líneas operativas y por las 10 dimensiones del Plan Territorial de Salud. } Cada dos años: se generará de manera automática la información para la evaluación del cumplimiento de metas y objetivos sanitarios en cada una de las dimensiones y líneas operativas del PTS. } Cada 10 años: el Ministerio de Salud y Protección Social, en el primer semestre del año siguiente al cierre del decenio, realizará la evaluación del impacto del Plan Decenal de Salud Pública. Por lo cual el municipio no realizará evaluación de las metas de impacto del Plan Decenal de Salud Pública. La Alcaldía de Pitalito, cumplirá con la responsabilidad de realizar el proceso de verificación de las evaluaciones generadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los resultados de los indicadores serán los únicos datos válidos para el monitoreo del cumplimiento de las metas del Plan Territorial de Salud y para el proceso de rendición de cuentas.



8. RENDICION DE CUENTAS

El señor Alcalde Municipal realizará al menos una (1) vez al año un ejercicio de rendición de cuentas en salud (Plan Territorial de Salud) a los ciudadanos y a los demás sectores sociales frente a la implementación del plan de acción en salud (PAS) y el COAI (componente operativo anual de inversiones); teniendo en cuenta lo establecido en el Título VII de Rendición de cuentas de la Resolución 1536 de 2015.