



DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA
EXTERNA, DIABETES MELLITUS Y DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, EN 42
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA 2009-2013

ANA MARÍA ROMERO TORO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2016

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA
EXTERNA, DIABETES MELLITUS Y DEFICIENCIAS NUTRICIONALES, EN 42
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA 2009-2013

Autora

ANA MARÍA ROMERO TORO

Informe Final para optar al título de magister en Salud Pública

Tutor

Dra. DORA CARDONA RIVAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MANIZALES

2016

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las desigualdades sociales en la mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus, deficiencias nutricionales en 42 municipios del Departamento del Cauca.

Metodología: Se calcularon las tasas de mortalidad por Causas externas (Otros accidentes inclusive secuelas, lesiones autoinflingidas, agresiones homicidios inclusive secuelas y eventos de intención no determinada), Diabetes mellitus, Deficiencias nutricionales y anemia, se midieron desigualdades mediante la comparación de tasas de mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus, deficiencias nutricionales y anemia, según los valores de VAM, NBI, condición socioeconómica, ruralidad, analfabetismo, cobertura de acueducto, déficit de vivienda e IRCA. Para medir las desigualdades se utilizaron el cociente de tasas extremas (CT), índice de concentración (IC) e índice relativo de desigualdad acotado (IRDA).

Resultados: La mortalidad por los eventos de causa externa objeto del presente estudio, se asoció positivamente con seis de los ocho indicadores socioeconómicos estudiados condición socioeconómica, ruralidad, VAM, NBI, déficit de vivienda cualitativo, cobertura de acueducto. La mortalidad por diabetes mellitus se asoció positivamente con tres de los ocho indicadores: condición socioeconómica, ruralidad y analfabetismo. Mientras que la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia se asoció con VAM, NBI, Condición socioeconómica y analfabetismo.

Conclusiones: Existen en el Departamento del Cauca disparidades entre la mortalidad por eventos de causa externa, diabetes Mellitus, deficiencias nutricionales y anemia asociadas a los determinantes sociales, lo que ratifica la necesidad imperante de realizar cambios estructurales y construcción de políticas en función de los determinantes sociales, que permitan reducir las brechas de desigualdad a la que está expuesta buena parte de la población del Departamento.

Palabras clave: Desigualdades, mortalidad, factores socioeconómicos, Cauca

CONTENIDO

1	PRESENTACION	30
2	ANTECEDENTES, AREA PROBLEMTICA Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	33
2.1	ANTECEDENTES	33
3	AREA PROBLEMÁTICA	36
3.1	DESIGUALDADES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	36
3.2	DESIGUALDADES EN COLOMBIA	36
4	PROBLEMA DE INVESTIGACION	42
5	JUSTIFICACIÓN	43
6	REFERENTE TEORICO	45
6.1	¿A QUÉ SE REFIEREN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD?	45
6.2	LA PENDIENTE SOCIAL	46
6.3	EL ESTRÉS	46
6.4	LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.	46
6.5	LA EXCLUSIÓN SOCIAL.	47
6.6	EL TRABAJO	47
6.7	EL DESEMPLEO	47
6.8	EL APOYO SOCIAL	48
6.9	LAS ADICCIONES	48
6.10	LOS ALIMENTOS	48
6.11	EL TRANSPORTE	48
6.12	MORTALIDAD EN COLOMBIA	51
6.13	LESIONES DE CAUSA EXTERNA	51
6.14	ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES	54
6.15	DIABETES MELLITUS	55
6.16	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA	55
6.17	CARACTERIZACION DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA	57
6.17.1	Contexto territorial	57

6.17.2	Contexto demográfico	58
6.17.3	Análisis de Mortalidad	59
7	OBJETIVOS.	61
7.1	OBJETIVO GENERAL:	61
7.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	61
8	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	62
9	ESTRATEGIA METODOLÓGICA.	63
9.1	ENFOQUE.	63
9.2	TIPO DE ESTUDIO.	63
9.3	POBLACIÓN	63
9.4	MUESTRA	64
9.5	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	67
9.6	PLAN DE ANÁLISIS	69
9.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	71
10	RESULTADOS	72
10.1	DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA	92
10.2	DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA SEGÚN MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN:	92
10.3	DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS	202
10.3.1	Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes Mellitus según modelo de comparación dos a dos, modelo de Regresión y Modelo de Concentración:	202
10.4	DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA	236
10.4.1	Desigualdades en la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia según modelo de comparación dos a dos, modelo de Regresión y Modelo de Concentración:	236
11	DISCUSION DE RESULTADOS	266
12	CONCLUSIONES	270

12.1 TASAS DE MORTALIDAD	270
12.2 INDICADORES SOCIOECONOMICOS	271
12.3 DESIGUALDADES	273
13 RECOMENDACIONES	276
14 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	277

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES DE CAUSA EXTERNA	51
TABLA 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	62
TABLA 3 ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN 2009 A 2013 POR MUNICIPIO Y GÉNERO	64
TABLA 4 FUENTES DE INFORMACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS	67
TABLA 5 CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES Y EVENTOS DE ACUERDO AL CIE-10 DE OPS	68
TABLA 6 INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD	70
TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE TASAS AJUSTADAS DE LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS. POR CUARTILES AÑO 2009 A 2013	72
TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE LAS TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONADAS. POR CUARTILES AÑO 2009 A 2013	73
TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS, INCLUSIVE SECUELAS. POR CUARTILES AÑO 2009 A 2013	74
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA. POR CUARTILES AÑO 2009 A 2013	77
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS. POR CUARTILES AÑO 2009 A 2013	81
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA. POR CUARTILES AÑO 2009 A 2013	84
TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE INDICADORES SOCIOECONÓMICOS POR MUNICIPIOS	85

TABLA 14 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS, EN HOMBRES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	92
TABLA 15 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	94
TABLA 16 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS, SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	96
TABLA 17 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENSIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013.	97
TABLA 18 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS, EN MUJERES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	99
TABLA 19 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS, EN MUJERES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	101
TABLA 20 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS, EN MUJERES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	102
TABLA 21 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS, EN MUJERES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	104

TABLA 22 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013 105

TABLA 23 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013 107

TABLA 24. ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS, SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013 109

TABLA 25 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013 110

TABLA 26 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS, EN MUJERES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013 111

TABLA 27 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013. 113

TABLA 28 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN MUJERES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013 114

TABLA 29 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA, EN MUJERES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013. 116

TABLA 30 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR OTROS

ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CAUCA 2009-2013	118
TABLA 31 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CAUCA 2009-2013	119
TABLA 32 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	124
TABLA 33 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. CAUCA 2009-2013	129
TABLA 34 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN RURALIDAD EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	135
TABLA 35 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. CAUCA 2009-2013	140
TABLA 36 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	146
TABLA 37 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. CAUCA 2009-2013	152

TABLA 38 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	158
TABLA 39 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. CAUCA 2009-2013	163
TABLA 40 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	169
TABLA 41 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. CAUCA 2009-2013	176
TABLA 42 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	182
TABLA 43 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA EN HOMBRES SEGÚN IRCA. CAUCA 2009-2013	187
TABLA 44 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR CONSULTA EXTERNA SEGÚN IRCA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	194
TABLA 45 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	202

TABLA 46 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	203
TABLA 47 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013	205
TABLA 48 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013	208
TABLA 49 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CAUCA 2009-2013	210
TABLA 50 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	212
TABLA 51 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. CAUCA 2009-2013	214
TABLA 52 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS SEGÚN RURALIDAD EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	215
TABLA 53 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. CAUCA 2009-2013.	218

TABLA 54. ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	219
TABLA 55 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. CAUCA 2009-2013	221
TABLA 56 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	224
TABLA 57 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. CAUCA 2009-2013	225
TABLA 58. ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	227
TABLA 59 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. CAUCA 2009-2013	229
TABLA 60 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	231

TABLA 61 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN IRCA. CAUCA 2009-2013	233
TABLA 62 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS SEGÚN IRCA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	234
TABLA 63 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	236
TABLA 64 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN MUJERES SEGÚN VAM. CAUCA 2009-2013	238
TABLA 65 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y DIABETES EN HOMBRES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013	240
TABLA 66 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN MUJERES SEGÚN NBI. CAUCA 2009-2013	241
TABLA 67 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. CAUCA 2009-2013	243

TABLA 68 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	244
TABLA 69 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. CAUCA 2009-2013	246
TABLA 70 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA SEGÚN RURALIDAD EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	247
TABLA 71 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. CAUCA 2009-2013	249
TABLA 72 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	250
TABLA 73 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. CAUCA 2009-2013	252
TABLA 74 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	255

TABLA 75.ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. CAUCA 2009-2013	256
TABLA 76. ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	258
TABLA 77 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. CAUCA 2009-2013.	259
TABLA 78 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO EN MUJERES. CAUCA 2009-2013.	261
TABLA 79ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN IRCA. CAUCA 2009-2013	263
TABLA 80 ÍNDICES MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN DE LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA SEGÚN IRCA EN MUJERES. CAUCA 2009-2013	265

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO 1 CURVAS DE CONCENTRACIÓN SEGÚN VAM EN LA MORTALIDAD EN HOMBRES POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS, AÑOS 2009-2013	94
GRAFICO 2 CURVAS DE CONCENTRACIÓN SEGÚN VAM EN LA MORTALIDAD EN HOMBRES POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN 42 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CAUCA 2009-2013	95
GRAFICO 3 CURVAS DE CONCENTRACIÓN SEGÚN VAM EN LA MORTALIDAD EN HOMBRES POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS, AÑOS 2009-2013.	97
GRAFICO 4 CURVAS DE CONCENTRACIÓN SEGÚN VAM EN LA MORTALIDAD EN HOMBRES POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA, AÑO 2009-2013	98
GRAFICO 5 CURVAS DE CONCENTRACIÓN SEGÚN VAM EN LA MORTALIDAD EN MUJERES POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS, AÑOS 2009-2013	100
GRÁFICO 6 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN EL VALOR AGREGADO MUNICIPAL VAM. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	102
GRAFICO 7 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN EL VALOR AGREGADO MUNICIPAL VAM. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	103
GRAFICO 8 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN EL VALOR AGREGADO MUNICIPAL VAM. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	105
GRAFICO 9 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	106

GRAFICO 10 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	108
GRAFICO 11 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	110
GRAFICO 12 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	111
GRAFICO 13 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	112
GRAFICO 14 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	114
GRAFICO 15 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	115
GRAFICO 16 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	116
GRAFICO 17 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	119
GRAFICO 18 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	120

GRAFICO 19 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	121
GRAFICO 20 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	123
GRAFICO 21 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	125
GRAFICO 22 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	126
GRAFICO 23 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	128
GRAFICO 24 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	129
GRAFICO 25 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	131
GRAFICO 26 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	132
GRAFICO 27 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	133

GRAFICO 28 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	134
GRAFICO 29 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	136
GRAFICO 30 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	138
GRAFICO 31 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	139
GRAFICO 32 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	140
GRAFICO 33 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	142
GRAFICO 34 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	143
GRAFICO 35 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	144
GRAFICO 36 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	145

GRAFICO 37 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	148
GRAFICO 38 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	149
GRAFICO 39 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	150
GRAFICO 40 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	151
GRAFICO 41 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	153
GRAFICO 42 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	154
GRAFICO 43 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	156
GRAFICO 44 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	157
GRAFICO 45 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	159

GRÁFICO 46 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	160
GRAFICO 47 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	162
GRÁFICO 48 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	163
GRAFICO 49 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	165
GRAFICO 50 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	166
GRAFICO 51 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	168
GRAFICO 52 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	169
GRAFICO 53 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	171
GRAFICO 54 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	172

GRAFICO 55 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	173
GRAFICO 56 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	175
GRAFICO 57 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	177
GRAFICO 58 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	178
GRAFICO 59 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	180
GRAFICO 60 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	181
GRAFICO 61 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	183
GRAFICO 62 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	184
GRAFICO 63 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	186

GRAFICO 64 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	187
GRAFICO 65 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	189
GRAFICO 66 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	191
GRAFICO 67 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN IRCA . ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	192
GRAFICO 68. DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN HOMBRES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	194
GRAFICO 69 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	196
GRAFICO 70 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUJERES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	198
GRAFICO 71 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR AGRESIONES, HOMICIDIOS Y SECUELAS EN MUJERES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	200
GRAFICO 72 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA EN MUJERES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	201
GRAFICO 73 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN EL VALOR AGREGADO MUNICIPAL VAM. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	203
GRAFICO 74 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN EL VALOR AGREGADO MUNICIPAL VAM. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	205

GRAFICO 75 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	206
GRAFICO 76 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	209
GRAFICO 77 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	211
GRAFICO 78 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	213
GRAFICO 79 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	215
GRAFICO 80 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	216
GRAFICO 81 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	219
GRAFICO 82 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	220
GRAFICO 83 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	222

GRAFICO 84 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	225
GRAFICO 85. DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	227
GRAFICO 86 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	228
GRAFICO 87 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	230
GRAFICO 88 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	232
GRAFICO 89. DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	234
GRAFICO 90 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	236
GRAFICO 91 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN EL VALOR AGREGADO MUNICIPAL VAM. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	238
GRAFICO 92 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN MUJERES SEGÚN EL VALOR AGREGADO MUNICIPAL VAM. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	239
GRAFICO 93 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES EN HOMBRES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	241

GRAFICO 94 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN MUJERES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS NBI. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	242
GRAFICO 95 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	244
GRAFICO 96DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN MUJERES SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	245
GRAFICO 97 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES EN HOMBRES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	247
GRAFICO 98DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES EN MUJERES SEGÚN RURALIDAD. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	248
GRAFICO 99 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	250
GRAFICO 100 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUANTITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	252
GRAFICO 101 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	253
GRAFICO 102 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES EN MUJERES SEGÚN DÉFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	256

GRAFICO 103 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	257
GRAFICO 104 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN MUJERES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	259
GRAFICO 105 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	261
GRAFICO 106 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN COBERTURA DE ACUEDUCTO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN.	262
GRAFICO 107 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA EN HOMBRES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	264
GRAFICO 108 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS EN MUJERES SEGÚN IRCA. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN	266

1 PRESENTACION

La justicia social es una cuestión de vida o muerte que afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura, al interior de cada país existen grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social, dichas desigualdades sanitarias son provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios afectando visiblemente las condiciones de vida de la población a nivel mundial y Nacional (1).

Colombia viene desarrollando políticas y estrategias para disminuir las brechas en desigualdades sociales y en salud existentes, producto de éstas acciones se encuentra el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, el cual es una apuesta política Nacional por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”(2), para lograr que individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su potencial de salud, independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas (1), lo cual implica un liderazgo del nivel Nacional, Departamental y Municipal tanto de gobernadores como alcaldes en la búsqueda constante de integración, articulación, abogacía y compromiso por parte de todos los sectores y actores en el territorio, que permitan armonizar la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, así como el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud.

En este sentido el presente estudio se encuentra en armonía con el plan decenal de salud pública 2012 – 2021, la política de atención integral en salud y el modelo integral de atención en salud que viene desarrollando Colombia, para disminuir las brechas de desigualdad en la población, aportando elementos importantes que permitan establecer la relación entre las características demográficas, sociales, económicas y las principales causas de mortalidad presentes en Colombia y en el Departamento del Cauca, buscando que los diferentes actores sociales a través de estos elementos, construyan y/o fortalezcan

políticas y estrategias que permitan incidir en las inequidades sociales y sanitarias, para mejorar la salud y el bienestar de la población.

Este estudio hace parte del Macroproyecto “Desigualdades en la Salud y su relación con las características territoriales”, el cual viene desarrollando la Universidad Autónoma de Manizales, que tiene como objetivo Caracterizar las desigualdades en la Salud y su relación con las características territoriales en doce Departamentos de Colombia, entre ellos el Departamento del Cauca. El presente estudio, en el Departamento del Cauca tiene como objetivo caracterizar las desigualdades sociales en la mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales en 42 municipios del Departamento del Cauca, mediante la comparación de tasas de mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales, con el valor agregado municipal (VAM), Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), condición socioeconómica, ruralidad, analfabetismo, cobertura de acueducto, déficit de vivienda e Índice de riesgo de calidad del agua (IRCA).

La población objeto del estudio fueron los 42 Municipios del Departamento del Cauca, se realizó un estudio Ecológico. Las fuentes de información utilizadas para el proceso de recolección de la información fueron: DANE, DNP, ASIS y Planes de Desarrollo Municipales y Departamental. Los eventos y enfermedades objeto del estudio fueron, otros accidentes inclusive secuelas, lesiones autoinflingidas, agresiones homicidios inclusive secuelas, eventos de intención no determinada, Diabetes mellitus y Deficiencias nutricionales y anemia, y las variables socioeconómicas objeto del estudio fueron, VAM, NBI, condición socioeconómica, ruralidad, déficit de vivienda, porcentaje de analfabetismo, porcentaje de cobertura de acueducto e índice de riesgo de la calidad del agua.

El Instrumento de recolección de la información fue una hoja de registro en Excel, en la cual se ingresó el número de casos de muertes por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales y anemia, de cada uno de los 42 Municipios del Departamento del Cauca durante los años 2009 a 2013, posteriormente se realizó el cálculo

de las tasas cruda, tasa ajustada y la tasa por habitantes, tanto para hombres como para mujeres en el mismo período de tiempo. Posteriormente se ingresaron los datos de las variables VAM, NBI, Condición socioeconómica, ruralidad, déficit de vivienda, porcentaje de analfabetismo, porcentaje de cobertura de acueducto e índice de riesgo de la calidad del agua de acuerdo a las fuentes de información mencionadas en el anterior párrafo.

Posteriormente se obtienen los cuartiles por cada evento y enfermedad desde el año 2009 a 2013. Finalmente, para el análisis de desigualdades en salud, se usó el paquete Estadístico EPIDAT Versión 4.1

En la ejecución de este proyecto se estableció la relación entre la mortalidad por eventos de causa externa, Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales y las características socioeconómicas presentes en el Departamento del Cauca, para la toma de decisiones, buscando que los diferentes actores sociales con éstos elementos, focalicen la elaboración, monitoreo y evaluación de políticas públicas, la asignación y distribución de recursos en materia de salud desde el nivel Nacional, Departamental y Municipal, que permitan incidir de manera efectiva en las inequidades sociales y sanitarias de la población del Departamento del Cauca.

2 ANTECEDENTES, AREA PROBLEMTICA Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 ANTECEDENTES

En la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1977, se estableció como principal meta para todos los gobiernos de los países miembros, Salud para todos en el año 2000 (3). No obstante, en la actualidad se siguen presentando grandes brechas en la situación de salud entre países y al interior de cada País, es por ello que el estudio y análisis de las desigualdades sociales en salud cada vez cobran mayor relevancia a nivel Internacional, Regional y Nacional.

De allí numerosos estudios que tratan de comprender y analizar la presencia de las desigualdades entre factores sociales y el campo de la salud. Barcelona, España es una de las ciudades donde se ha estudiado la ecología de la desigualdad en la mortalidad, uno de dichos estudios es el de M. I. Pasarín, C. Borrell y A. Plasencia, en donde se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la situación socioeconómica desfavorecida y la mortalidad global (RR = 1,48), así como con la mortalidad específica: cáncer de pulmón (RR = 1,64, hombres), cirrosis (RR= 2,33, hombres), SIDA (RR = 3,42, ambos sexos), sobredosis (RR = 5,18, ambos sexos), bronquitis, enfisema y asma (RR = 1,41, hombres), tuberculosis (RR = 6,3, ambos sexos) y eventos de causas externas (RR = 2,29, hombres)(4).

De acuerdo con el estudio realizado por George A, O. Alleyne “Conceptos y Principios de Equidad en Salud” se encontró que los grupos con peores condiciones socioeconómicas además de presentar la mayor carga de la enfermedad, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas y menor acceso a los servicios de salud(5).

Un estudio realizado por Bibiana Restrepo, en Colombia, expresa que el avance en la convergencia entre indicadores de salud y otros servicios como acceso a educación, trabajo y calidad de vida para el sector rural sigue siendo limitado (6)

En Colombia, para analizar en profundidad la situación de salud del País, se han venido desarrollando a través del tiempo encuestas como la ENDS 2005, la ENS 2007, ENSIN 2005-2010 y la Encuesta de calidad de vida entre otros, como materia prima y punto de partida para el análisis integral de la situación de salud del País a nivel Nacional, Regional y Departamental, lo que ha contribuido en la identificación de problemas de salud más relevantes y el reconocimiento de las desigualdades por razones de sexo, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud (7)

Como resultado del reconocimiento de las desigualdades sociales en salud en la población colombiana, se construye el **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021** como apuesta política de Estado para garantizar el derecho a la salud, la equidad y el desarrollo integral de todos los colombianos (2)

Una de las estrategias del Gobierno Nacional para pasar del discurso a la acción en términos de reducción de desigualdades, es la **Estrategia PASE a la Equidad en Salud**, la cual plantea una secuencia lógica de procedimientos, momentos, pasos y actividades para la formulación de los planes de salud territoriales y constituye una fuente de información sobre la cual se construye y desarrolla el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 (8)

Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y dando respuesta al PDSP 2012 – 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2016, formula la **Política de Atención Integral en Salud (PAIS)** “Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente”, cuyo objetivo principal es la gestión de la salud a nivel individual, familiar y colectivo que consolida “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015) (9). Como eje central está la integralidad, entendida como la “igualdad de trato y oportunidades en el acceso y el abordaje integral de la salud y la enfermedad” (PAIS 2016)(10).

En el marco de la Política de Atención Integral en Salud año 2016, y en el avance hacia el logro de la equidad en salud, surge el **Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)**

como una herramienta de abordaje individual, colectivo y de gestión integral del riesgo, para mejorar el acceso a los diferentes servicios de salud, con calidad, oportunidad y humanización, principalmente a las poblaciones que habitan las zonas rurales dispersas, en donde se encuentra las mayores brechas de desigualdades sociales en salud en el territorio Colombiano y en el Departamento del Cauca.

El Departamento del Cauca, en su apuesta hacía un territorio de paz, entendido como un territorio “más productivo, más competitivo, más moderno, más equitativo, más incluyente y generador de ingresos y mayores oportunidades para todos” (PDC 2016-2019)(11), asumió el reto de adoptar y adaptar el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) propuesto por el MSPS, como **Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)** bajo el lema “SIAS Está contigo y conmigo”, teniendo en cuenta la diversidad cultural, étnica y regional que encierra el Departamento del Cauca. El SIAS se constituye en el marco para la organización, articulación y coordinación entre los diferentes actores y sectores para garantizar que la población Caucaña, logre acceder a los servicios de salud de manera oportuna, con calidad y humanización.

3 AREA PROBLEMÁTICA

3.1 DESIGUALDADES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

De acuerdo al Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América y el Caribe en el 2010, Latinoamérica es la región más desigual del mundo, constituyéndose en un obstáculo para alcanzar el desarrollo social en la región, dicha desigualdad está caracterizada por ser persistente, alta y reproducirse en un contexto de baja movilidad socioeconómica. (12)

3.2 DESIGUALDADES EN COLOMBIA

Según el Informe “Panorama Social de América Latina 2008”, de la CEPAL(13), Colombia es el país con la peor distribución del ingreso en la región, de acuerdo al indicador diferencia de ingresos entre el 10% más rico de la población y el 40% más pobre y sus niveles de desigualdad en el periodo 2002 a 2007, empeoraron. Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Sudamérica, con un índice de Gini de 0,585 para 2009 y superó a Brasil y Bolivia en los últimos tres años (14). Para el año 2011 en Colombia el índice de Gini fue de 0,548 con una reducción de 0,009 puntos con respecto al año 2009; en general se observa una tendencia constante a través del tiempo (15)

- **Desigualdades en la mortalidad de la población colombiana:**

Según el análisis de la situación de salud en Colombia 2002 – 2007, con respecto a área de residencia y grupo de edad, se evidenció que existe sobremortalidad en el área urbana en los menores de un año y mayores de 50 años, mientras para la población de 1 a 20 años la sobremortalidad se presenta entre la población del área rural, de igual forma la mortalidad de la población masculina es mayor, en todas las edades, que la población femenina, las causas de la sobremortalidad masculina obedecen a muertes por eventos de causa externa: violentas, accidentes, lesiones, homicidios y otros accidentes. (16)

De acuerdo al estudio de carga de la Enfermedad realizado en el año 2005 (Peñalosa y Col 2013), mostró en cuanto a la distribución por grandes grupos de causas y sexo de los años

de vida saludable perdidos por mortalidad prematura y perdidos por vivir con discapacidad, que la mayor carga de la enfermedad según un Año de Vida Saludable perdido por muerte prematura o por vivir con discapacidad (AVISAS), corresponde en primer lugar al grupo de problemas definidos como pertenecientes al grupo de enfermedades crónicas, no transmisibles (76%), 81% en mujeres y 72% en hombres, en segundo lugar el grupo de las condiciones transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición, con un peso del 15% en la carga global (14% en hombres y 16% en mujeres) y en tercer lugar se encuentran las lesiones, responsables del 9% de la carga de enfermedad, correspondiendo al 14% en hombres y sólo al 3% en mujeres (17)

Mortalidad por causas externas: Para el año 2010, la segunda causa de mortalidad en hombres fue las causas externas, que produjeron 28.952 muertes; es decir, un 24,32% del total de la mortalidad en los hombres y un 12,38% de la mortalidad general y entre el año 2008 a 2010 entre las primeras cuatro causas de muerte se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas, las enfermedades del periodo perinatal y las neoplasias en todas las regiones. (15)

Según el informe del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el 2008, las tasas de lesiones fatales fueron: para homicidios de 34,3 por 100.000 habitantes (15.250 muertes); para accidentes de tránsito de 12,8 por 100.000 (5670 muertes); para otros accidentes de 7,2 por 100.000 (3214 muertes); para suicidios de 4,1 por 100.000 (1840) y para otra violencia indeterminada de 2,2 por 100.000 (984 muertes). En el periodo 2006-2008 se observó una disminución de la tasa de homicidios y un pequeño incremento de los accidentes de tránsito (18)

Los años de vida potencialmente perdidos para homicidios y accidentes de tránsito se traducen en 540.755 años para el primero, y en 173.183 años para el segundo. Esto significa una tasa de pérdida promedio de 35,5 años en homicidios y de 30,5 años en accidente de tránsito. Con respecto a las lesiones violentas no fatales, en tercer lugar se encuentra los accidentes de tránsito con 103 por 100.000 habitantes y en quinto lugar otras lesiones accidentales con 19 por 100.000 habitantes, con tendencia al ascenso comparado

con el año 2007. Los años de vida saludables perdidos por accidentes de tránsito son de 48.910 (18).

Según la Encuesta Nacional de salud en el año 2007, el estrato cero muestra la mayor diferencia positiva en accidentalidad como peatón (120% sobre el promedio), mientras que los estratos cinco y seis muestran un 40% menos de accidentes como peatones. En accidentalidad en bicicleta los estratos 1 y 2 presentan mayor porcentaje, mientras que los estratos 4, 5 y 6 el porcentaje es menor, en el mismo sentido la accidentalidad en moto se destaca el estrato tres, con un 15% sobre el promedio, seguido por los estratos 2 y 0, mientras que los estratos 1, 4, 5 y 6 se alejan del promedio hacia una menor accidentalidad.

El 4% de los hombres entrevistados en la ENS-2007 expresaron haber sufrido una lesión causada por accidente o violencia en los últimos 30 días; en el grupo poblacional femenino solo el 2% dijo haber sufrido una lesión resultado de accidente o violencia

Con respecto al régimen de afiliación a la seguridad social, la mayor proporción de personas que declararon haber sufrido alguna lesión causada por accidente o violencia en los últimos 30 días se encuentra entre los afiliados al régimen subsidiado y los vinculados.

En los grupos étnicos se evidencian diferencias significativas en la presencia de lesiones causadas por accidentes, siendo la etnia palenquero con mayor porcentaje de lesiones (10%) y la etnia gitana con menor frecuencia (1%).

Culturalmente las personas y la sociedad en general, esperan que el sector salud, aborde la problemática relacionada con la situación de salud, sin embargo la alta carga de morbilidad y mortalidad obedece a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Las disparidades en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política (OMS, 2008: Intr.-1) (19)

Mortalidad por Diabetes Mellitus: En la Encuesta Nacional de Salud 2007, Con respecto a la asistencia a control de diabetes en los últimos seis meses, se encontró que el 35% de las

personas sin educación asisten al control de diabetes a diferencia de las personas con un nivel de educación superior, quienes solo asisten el 29%, así mismo la mayor proporción de los que nunca han ido a un control de diabetes, obedece a la población vinculada con un 14%, seguido de los afiliados al régimen subsidiado con el 7% y el 4% del régimen contributivo y especial.

Con respecto a la demanda del servicio de control de diabetes y el regímenes de seguridad social, teniendo en cuenta quienes fueron en el último mes, el 49% fueron afiliados al régimen especial, 40% del régimen contributivo, 32% del régimen subsidiado y el 15% vinculados. De igual manera el 18% de las personas con diagnóstico de diabetes correspondiente a población en situación de miseria, nunca ha asistido a un control de diabetes y la población no pobre asiste con mayor frecuencia a control de diabetes.

Con respecto al área de residencia y la asistencia al control de diabetes en los últimos seis meses, se tiene que asisten en mayor proporción las personas de la cabecera municipal (67%) a diferencia de las personas del área rural dispersa cuya asistencia al control es del 33%. Evidenciándose una relación inversa, a mayor ruralidad, menor la asistencia oportuna al control.

En consecuencia, llama mucho la atención que la población pobre, sin afiliación al sistema de seguridad social, de área rural dispersa, tienen menor acceso al control de diabetes, que las personas no pobres, que viven en el área urbana y que pertenecen a un régimen de seguridad social contributivo o especial.

Mortalidad por Deficiencias Nutricionales: Según datos de la ENSIN entre los años 2005 y 2010 la desnutrición crónica en niños menores de cinco aumento un 2,10% en el área urbana y disminuyó un 0,10% en el área rural. La desnutrición crónica es un 5,4% más común en el área rural que en el área urbana (15)

- **Desigualdades en la mortalidad de la población del departamento del Cauca:**

Según el informe “Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia”, los departamentos con mayor desigualdad para el año 2011 fueron Chocó, La Guajira, Córdoba, Huila y Cauca, cuyos índices oscilaron entre 0,554 y 0,567. En el mismo sentido los departamentos que mayor reducción de desigualdad presentaron entre los años 2009 y 2010 fueron Cesar, Cauca y Bolívar con una reducción de 0,047, 0,035 y 0,033 puntos respectivamente. (15)

Mortalidad por Causas Externas: La región Pacífica (Choco, Cauca, Nariño y Valle del cauca) para el año 2010, apporto el 17,09% de la mortalidad del país. La principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio que aportaron un 25,59% de las defunciones de la región y alcanzaron una tasa ajustada de 114,09; seguidas del grupo de las demás enfermedades con una tasa ajustada de 99,02 y de las causas externas con tasas ajustadas de 93,19.

De acuerdo con la encuesta ENS 2007, se evidencia una mayor proporción de lesiones por accidente en la costa Pacífica con un 4%, que en las otras regiones cuyo porcentaje de lesiones por accidentes es de 3%. Las subregiones de la región Pacífica, litoral Pacífico, Nariño y Cauca sin litoral Pacífico, muestran una ocurrencia de lesiones causadas por accidente o violencia del 5%.

Según el análisis de la situación de salud del Departamento del Cauca año 2015, con respecto a la mortalidad por grandes causas y de acuerdo al ajuste de tasas por edad año 2005 a 2013, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar con una tasa ajustada de 142,0 defunciones por 100.000 habitantes en 2005, 114,9 en el año 2009 y 119.5 defunciones por 100.000 en 2013, en segundo lugar, se encuentran las “Demás Causas” que presentan incremento del 2005 al 2008, luego desciende en el 2009 y se incrementa en el 2010, para iniciar descenso hasta el año 2012 y en el año 2013 se presenta en ascenso a 86 defunciones x 100.000 habitantes y en tercer lugar se encuentran los eventos de causas externas. (7)

Con respecto a los años potencialmente perdidos para los años 2005 a 2013, se encuentra en primer lugar las causas externas como causa de mayor frecuencia, en segundo lugar Todas las demás enfermedades y en tercer lugar las enfermedades del sistema circulatorio, seguido de signos y síntoma mal definidos. Así mismo al realizar el análisis por género se tiene que la principal causa de muerte en los hombres obedece a eventos de causa externa, mientras que en las mujeres la principal causa de muerte son “Las demás causas” en donde se incluyen enfermedades como diabetes mellitus y deficiencias nutricionales entre otras (7)

Mortalidad por Diabetes Mellitus: De acuerdo al análisis por subregiones realizado por la ENS 2007, se evidencian diferencias, en Bogotá, el 54% de las personas asistieron al control de diabetes en los últimos seis meses, mientras que en la región Central asistió el 76%. Cauca y Nariño sin el litoral Pacífico tiene la más baja proporción de personas que asisten a control de diabetes oportunamente, con solo el 48%, mientras que en la subregión Área Metropolitana de Medellín es de 88%.

Mortalidad Deficiencias Nutricionales: Según la ENDS 2010. En los departamentos de Vaupés, Amazonas, La Guajira, Guainía y Cauca la desnutrición crónica supera el 20% de los niños incluidos en la encuesta y es significativamente más alta que el indicador nacional. San Andrés y Providencia es la única entidad territorial cuyo porcentaje de desnutrición crónica es un 71% menor estadísticamente significativo al nacional (15)

Medir las inequidades en el campo de la salud, es de gran relevancia para la toma de decisiones y un imperativo para el desarrollo social de un País. Por lo tanto el gobierno nacional, actores institucionales y sociales deben concentrarse en la identificación de las inequidades, en la definición de estrategias eficaces para reducirlas y, eventualmente, eliminarlas(2)

4 PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la relación entre las desigualdades en la mortalidad por causas específicas y las características socioeconómicas en el departamento del Cauca?

5 JUSTIFICACIÓN

La desigualdad es una de las principales características que definen la historia de América Latina y el Caribe. Una muy alta y persistente desigualdad que, acompañada de una baja movilidad social, han llevado a la región a caer en una “trampa de desigualdad” (12) Según las cifras del Índice de Desarrollo Humano (IDH), del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Colombia pasó a ser el país más inequitativo de Sudamérica, con un índice de Gini de 0,585 para 2009 superando a Brasil y Bolivia(14). En consecuencia a lo anterior resulta muy pertinente realizar estudios en nuestro País, que visibilicen y midan la magnitud y el impacto de la distribución de las desigualdades socioeconómicas relacionadas con la salud de las comunidades, como primer paso para la formulación y desarrollo de políticas públicas que le hagan frente a dichas inequidades (2)

“Si bien las políticas de salud pública, y sus instrumentos, reconocen las diferencias territoriales, en muchos casos la gestión departamental y municipal evidencia debilidades en eficiencia, priorización y focalización de los recursos disponibles, lo que contribuye a la persistencia de disparidades entre regiones y entidades territoriales” (2) Resulta relevante el presente estudio, el cual busca caracterizar las desigualdades socioeconómicas con respecto a las principales causas de mortalidad por enfermedades de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales y anemia en el Departamento del Cauca, el cual puede ser de gran utilidad para la toma de decisiones, la planificación del sistema de salud, la focalización, elaboración, monitoreo y evaluación de políticas públicas, la asignación y distribución de recursos en materia de salud a nivel Municipal, Departamental y Nacional, así mismo puede contribuir a comprender como los determinantes sociales y las inequidades sociales influyen en el desarrollo y el bienestar del ser humano, clave para llevar a cabo las transformaciones necesarias en el ámbito económico social, político y de salud en Colombia y en el Departamento del Cauca. En el mismo sentido la medición de las desigualdades en el ámbito de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud, y éste tipo de estudios, son una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud (20)

Colombia en su reto por alcanzar la equidad en salud, la cual se logra cuando “todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas”(8), construyó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 a través de un proceso amplio de participación social en el marco de la atención primaria en salud, como punto de partida de la acción coordinada y articulada entre el gobierno nacional, departamental y municipal, para la disminución de las desigualdades en salud de Colombia.(8).

La factibilidad del proyecto se basa en que disminuir las desigualdades sociales en el campo de la salud, es una necesidad y una apuesta política por parte del Gobierno Nacional y Departamental. La puesta en marcha del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, La estrategia PASE a la Equidad, la Política de Atención Integral en Salud, El Modelo de Atención Integral en Salud, y específicamente en el Departamento del Cauca el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), son herramientas que evidencian la voluntad y compromiso por parte del Estado, instituciones y sociedad, en la búsqueda de la equidad en salud en el Departamento del Cauca y en Colombia.

6 REFERENTE TEORICO

La noción de desigualdad en salud, alude a diferencias sistemáticas, importantes y significativas en salud; sin embargo, el interés del enfoque no se centra sólo en diferencias matemáticas; la noción de inequidad va más allá; implica que tales diferencias sean evitables o injustas(21). Y es en esa línea de trabajo que la medición de las desigualdades cobra relevancia, en tanto las diferencias en el desarrollo expresadas por diferentes indicadores económicos, podrían explicar las variaciones en la incidencia/prevalencia de las enfermedades de una determinada región o país.

En Colombia los primeros informes sobre desigualdades en salud fueron realizados a partir de Estudios Nacionales de Salud realizados por regiones, con énfasis en la exposición diferencial de las poblaciones a factores de riesgo conocidos (ASIS 2007). La formulación del Plan Decenal de Salud (2012-2021), posiciona en la agenda pública de Colombia la perspectiva de determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales como horizonte para la planeación, seguimiento y evaluación de la planificación territorial. En este sentido cobra relevancia la caracterización de la morbilidad y la mortalidad a nivel territorial y su relación con las condiciones de vida ya que esta relación se expresa en diferentes tipos de indicadores y que como se plantea en el Plan Decenal corresponden a los determinantes sociales de la salud.

6.1 ¿A QUÉ SE REFIEREN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD?

Los determinantes sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. Los determinantes sociales de la salud apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud(22).

En 1974, Marc Lalonde, propuso un modelo de salud pública explicativo en que se reconoce la importancia del estilo de vida, del entorno, incluyendo el ambiente físico y social, de la biología humana y de los servicios de salud (23) Este modelo ha permitido avanzar en la profundización y la construcción de un referente conceptual de los DSS

En 2003 la OMS destacó 10 aspectos que determinan la salud de las personas:

6.2 LA PENDIENTE SOCIAL

Referida a las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza que afectan a la salud de por vida. Las personas que viven en los peldaños más bajos de la escala social suelen estar sometidas, a un mayor riesgo de padecer enfermedades graves y muertes prematuras que las personas que viven más cerca de los peldaños superiores. La pendiente social en la salud se extiende a través de la sociedad. Son las causas psicosociales así como las materiales las que contribuyen a generar esas diferencias y su efecto se extiende a la mayoría de las enfermedades y las causas de muerte.

6.3 EL ESTRÉS

Las circunstancias psicológicas y sociales pueden causar un estrés duradero. Los riesgos psicosociales se van acumulando a lo largo de toda la vida y aumentan el riesgo de padecer una pobre salud mental y una muerte prematura. Cuanto más baja sea la posición que ocupa una persona dentro de la jerarquía social de los países industrializados, más comunes serán estos problemas

6.4 LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.

Diversos estudios han demostrado que en la primera infancia y el periodo prenatal se establecen las bases de la salud adulta. La experiencia temprana de la pobreza y el desarrollo lento se graban en la biología durante el proceso de desarrollo y conforman la base del capital humano y biológico del individuo, lo cual afecta a su salud durante toda la vida.

6.5 LA EXCLUSIÓN SOCIAL.

La pobreza, la privación relativa y la exclusión social ejercen un gran impacto sobre la salud y provocan una muerte prematura. Algunos grupos sociales parecen estar más expuestos a las probabilidades de vivir en la pobreza. Cuanto más se prolongue el tiempo que una persona vive en una situación de desventaja, mayor será su probabilidad de padecer problemas de salud, y más concretamente, enfermedad cardiovascular. Las personas entran y salen de las situaciones de pobreza durante su vida, por ello el número de personas que han experimentado la pobreza y la marginación social durante su vida es mucho mayor que el número actual de personas socialmente marginadas

6.6 EL TRABAJO

En términos generales se admite que es mejor para la salud tener un trabajo que no tenerlo. Pero los tipos de organización social del trabajo, los estilos de gestión y las relaciones sociales en el lugar de trabajo son igualmente importantes para la salud. El estrés en el lugar de trabajo es una de las principales causas que contribuyen a marcar esas grandes diferencias del estatus social en la salud, el absentismo laboral y la muerte prematura. Varios estudios europeos realizados sobre los lugares de trabajo demuestran que la salud de las personas se resiente cuando tienen escasas oportunidades de utilizar sus habilidades y poca autoridad para tomar decisiones.

6.7 EL DESEMPLEO

El desempleo pone en riesgo la salud, y ese riesgo es mayor en las regiones donde el desempleo está extendido. La evidencia en algunos países demuestra que, incluso dejando un margen para otros factores, los desempleados y sus familias corren un riesgo considerablemente más elevado de padecer una muerte prematura. Los efectos que ejerce el desempleo sobre la salud están relacionados tanto con sus consecuencias psicológicas como con los problemas económicos que conlleva especialmente el endeudamiento.

6.8 EL APOYO SOCIAL

Este junto con las buenas relaciones sociales contribuye de manera importante a la buena salud. El apoyo social proporciona a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. Pertenecer a una red de apoyo basada en la comunicación y en el establecimiento de obligaciones mutuas hace que la gente se sienta cuidada, querida, estimada y valorada; y todo ello ejerce un poderoso efecto protector sobre la salud. Las relaciones de apoyo pueden también estimular patrones de conducta más saludables.

6.9 LAS ADICCIONES

El consumo de drogas es una respuesta a la desintegración social y además, contribuye a acentuar las desigualdades en el ámbito de la salud. El consumo de estas sustancias, ofrece a los consumidores el espejismo de una puerta de salida a una situación de adversidad y estrés, pero sólo consigue empeorar los problemas y está estrechamente relacionado con los marcadores de la desventaja económica y social.

6.10 LOS ALIMENTOS

Una buena dieta y un suministro de comida adecuado constituyen dos de los factores más determinantes en la promoción de la salud y el bienestar. Un consumo excesivo (considerado también como malnutrición) contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad y caries dental.

6.11 EL TRANSPORTE

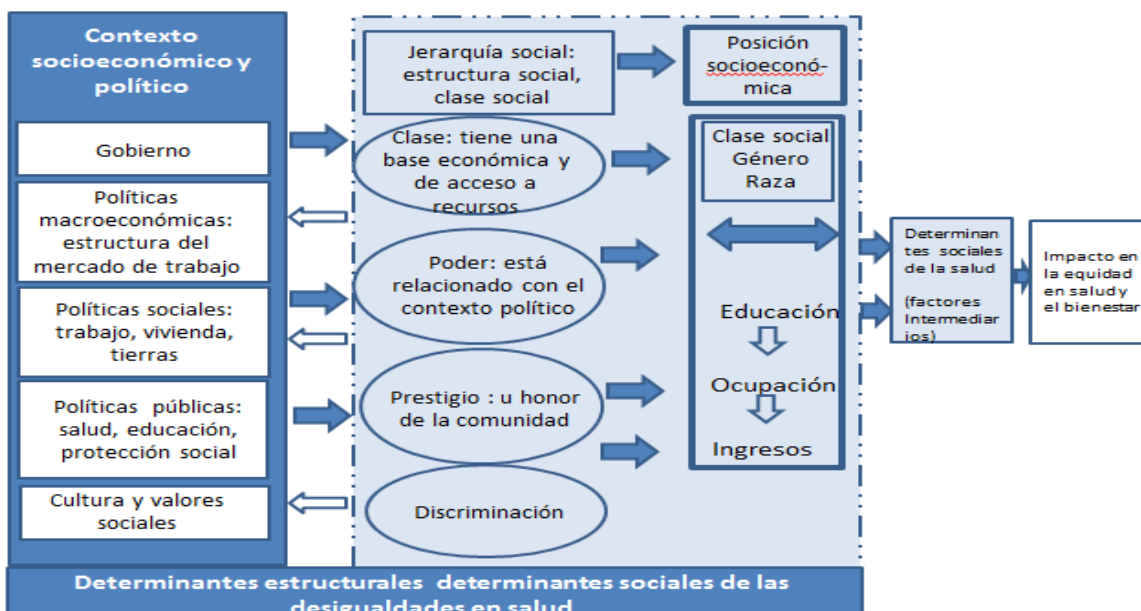
Las políticas en materia de transporte pueden desempeñar un papel crucial a la hora de combatir los estilos de vida sedentarios reduciendo la dependencia de los automóviles, incrementando el uso de la bicicleta y la práctica de caminar y ampliando el sistema de transporte público. La práctica regular de ejercicio previene las enfermedades cardiológicas

y al poner límites a la obesidad, reduce la aparición de la diabetes. Fomenta la sensación de bienestar y protege a los más mayores de la depresión.

Si bien los elementos propuestos en 2003, hacen parte de los determinantes sociales la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS/2005), de la OMS (24), propone un modelo integral que pretende: a) identificar los determinantes sociales de la salud y los determinantes sociales de las desigualdades en la salud; (b) demostrar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; (c) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud; (d) proporcionar un marco para evaluar qué DSS son los más importantes para hacer frente; y (e) mostrar en un Mapa los niveles específicos de los puntos de intervención y de entrada de la política para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Los componentes claves de este modelo son el contexto sociopolítico, los factores determinantes estructurales, la posición socioeconómica, y los factores intermedios.

Los determinantes estructurales operan a través de los determinantes intermediarios (figura 1). Estos fluyen desde la configuración de estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Los principales determinantes intermedios de la salud son: las circunstancias materiales y psicosociales, los factores de comportamiento y / o los factores biológicos; y el sistema de salud como un determinante social.

Figura 1 Determinantes estructurales de la salud



Fuente: World Health Organization. Génova 2010

La CDSS considera determinantes estructurales aquellos que generan o refuerzan la estratificación social en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual. Estos mecanismos configuran las oportunidades de salud de los grupos sociales en función de su ubicación dentro de jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a recursos (situación económica). La CDSS insiste en que el enfoque de los determinantes sociales de la salud permite comprender los mecanismos que explican el surgimiento de desigualdades sanitarias y sienta las bases para acciones globales sobre las condiciones de vida.

En general los DSS aunque de diferentes niveles por su distribución en la población generan desigualdades que influyen en los resultados en salud de los individuos y las colectividades y se expresan en los perfiles epidemiológicos de los grupos humanos. Tales resultados no son otra cosa que la mortalidad, morbilidad y discapacidad ocasionadas por las alteraciones de la salud que se presentan en un determinado contexto

6.12 MORTALIDAD EN COLOMBIA

Dado que el cálculo de las desigualdades en la mortalidad se realizará con un grupo de enfermedades de importancia en salud pública en Colombia, en este capítulo, se hace una descripción breve de cada grupo de patologías con énfasis en lo concerniente a la incidencia y prevalencia en el contexto internacional y nacional y algunos de los factores de riesgo descritos en las publicaciones. Para profundizar en las enfermedades descritas se sugiere recurrir a las referencias aquí presentadas, como también a la International Asociación of Cáncer Research, el Instituto Nacional de Cancerología en Colombia y los documentos de análisis de la salud desarrollados por el Observatorio Nacional de Salud.

6.13 LESIONES DE CAUSA EXTERNA

Por lesiones de causas externas de mortalidad se entiende las lesiones ocurridas por accidentes y violencia. Estas últimas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprenden las agresiones (homicidios), las lesiones autoinfligida (suicidios), lesiones producidas por grupos grandes como los estados, grupos políticos organizados, milicias, agrupaciones terroristas y las ocurridas en conflictos bélicos.

Muchas de las lesiones por causa externa se relacionan con el comportamiento individual de las personas, en ocasiones corresponden a estados particulares que se pueden asociar a factores como el consumo de alcohol, drogas alucinógenas, estados emocionales y comportamentales.

Las lesiones de causa externas se clasifican en grupos de acuerdo al cuadro siguiente:

Tabla 1 Clasificación de las lesiones de causa externa

LESIONES NO INTENCIONALES	INCIDENTES	En Estados Unidos, representan cerca de dos tercios de todas las muertes por causa externa. Casi la mitad son atribuibles a incidentes de tráfico (25)
	Tráfico y transporte	
	Hogar	
	Lugar de trabajo	

	Espacios públicos	
	Actividades deportivas	
	Desastres naturales	
LESIONES INTENCIONADAS	VIOLENCIA	Según la OMS, define la violencia como: El uso intencional de la fuerza física o el poder, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (26)
	Autoinflingidas	
	Interpersonal	
	Colectiva	

Fuente: Elaboración Propia. 2016

La violencia autoinfligida. Que comprende:

- Comportamiento suicida: Incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio (también llamados "parasuicidio" o "intento deliberado de matarse").
- Suicidio consumado: autolesiones o el auto maltrato, que incluye actos como la automutilación.

La violencia interpersonal. Se divide en dos subcategorías:

- Violencia familiar y Violencia en la pareja: Se produce, sobre todo, entre los miembros de la familia o de la pareja.
- La violencia comunitaria: es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

La violencia colectiva: indica los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de personas o por el Estado y se subdividen a su vez en:

- Violencia social: son los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas.
- La violencia política: Incluye la guerra y otros conflictos violentos a fines.
- La violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico (27)

Epidemiología de lesiones por causa externa

Entre las lesiones de causa externa se encuentra el accidente de tránsito, en donde es considerado por la Organización Internacional de Salud, como un problema de Salud pública a nivel mundial y cerca de 1.2 millones de personas mueren a causa de este problema y aproximadamente 50 millones quedan lesionados. Dicha problemática ha generado que a nivel mundial se haya declarado el periodo 2011- 2020 como la década de la seguridad vial, que busca impulsar acciones que permitan en los países obtener disminuciones del 50% en las muertes por causa de la violencia vial (28)

Colombia desde el año 2011 ha aumentado los casos de muertes en 7,3% como se evidencia posteriormente en el informe con la tendencia estadística, lo cual claramente requiere una atención especial para empezar a encaminar los esfuerzos en generar acciones que permitan controlar y cambiar la tendencia de crecimiento de este flagelo. Durante el 2013, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registró 48.042 casos atendidos por accidentes de transporte; las lesiones fatales corresponden a un total de 6.219 personas fallecidas (12,94%) y las lesiones no fatales ascienden a un total de 41.823 personas lesionadas (87,06%). Las personas más afectadas por accidentes de transporte son los hombres con una participación de 81% en los casos fatales y 62,70% en el caso de lesiones no fatales; en cuanto a la edad, las personas entre los 15 y 34 años representan el 43,70% del total de muertes, es de resaltar que esta franja etaria representa el 33,60% de la población nacional (29)

Los cinco Departamentos más afectados por muertes en accidentes de transporte son en orden de afectación: Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá D. C., Cundinamarca, Santander. Estos cinco departamentos concentran 3.026 muertes que corresponden al 48.7% de las muertes totales. En cuanto a tasas por 100.000 habitantes los departamentos con peor

indicador son Casanare (41.2), Arauca (24.5), Meta (23.1), Cesar (21.2), Huila (19.5). Estos cinco departamentos concentran el 13,80% de las muertes y el 7,80% de la población nacional.

El mismo ejercicio por ciudades se encuentra que el 28.5 % de las muertes se concentran en diez ciudades en orden de mayor a menor: Bogotá D. C., Cali, Medellín, Villavicencio, Cartagena, Cúcuta, Pereira, Bucaramanga, Ibagué y Valledupar. Estas ciudades concentran el 35% de la población nacional.

6.14 ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. Según el informe de la OMS en 2010, de los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones, casi las dos terceras partes se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Una cuarta parte de la mortalidad mundial por ENT afecta a personas menores de 60 años. Se prevé que en 2030 superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción.

Se señalan como factores de riesgo comportamentales los que se han generalizado a consecuencia de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Los efectos redundan en mayor proporción en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países, como reflejo de los determinantes socioeconómicos subyacentes (24)

Las consecuencias de las ENT afectan sobre todo las poblaciones pobres, vulnerables y desfavorecidas. En estas poblaciones las ENT son diagnosticadas tardíamente requiriendo atención hospitalaria intensa y costosa como consecuencia de complicaciones graves o episodios agudos y que puede inducir un gasto de bolsillo catastrófico, llevando a la gente por debajo del umbral de pobreza (30)

6.15 DIABETES MELLITUS

De acuerdo al Observatorio Nacional para los años 1998 a 2011, Mortalidad por enfermedades cardiovasculares 1998-2011, se registraron 97.545 muertes por Diabetes Mellitus (DM), la tasa cruda de mortalidad anual promedio por ésta enfermedad en el año 1998 a 2011 fue de 16,3 muertes por 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad ajustada por edad de 21,2. De todas las muertes ocurridas en el periodo en mención, el 3,6% fueron debidas a Diabetes Mellitus. En 2003 y 2004 se registraron las más altas proporciones de fallecimientos por esta causa (3,9%) y las más bajas proporciones se registraron durante 1998 y 2009 (3,3%).

Las tasas de mortalidad por DM en 1998 y 2011 fueron superiores a la nacional en los departamentos de Meta, San Andrés, Santander, Norte de Santander, Risaralda, Valle del Cauca, Quindío, Caldas y Amazonas a los que se agregaron Bogotá, Antioquia y Vichada en 1998 y Casanare, Caquetá, Arauca, Huila, Tolima, Cesar y Magdalena en 2011. En relación a 1998 disminuyeron sus tasas de mortalidad Valle del Cauca, Caldas, Vichada, Quindío, Antioquia, Risaralda, Amazonas, Santander, Bogotá, Atlántico, La Guajira y Tolima.

6.16 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA

El estado nutricional es el resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y que, en sí mismos, son dependientes de la interacción entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico (31)(32)

La malnutrición describe una condición patológica consecuencia del desequilibrio en el estado nutricional y puede referirse a un déficit en la ingesta de nutrientes, a un estado de sobrenutrición o a una alteración en la utilización de estos en el organismo. La malnutrición es del mismo modo, un factor de riesgo que incrementa las prevalencias de morbilidad y

mortalidad en las poblaciones, disminuyendo su capacidad productiva y en general, su calidad de vida que se refleja en elevados costos sociales(13)(15)(16).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2010, en los menores de cinco años la desnutrición crónica fue del 12%, la desnutrición global del 7,0 % y la desnutrición aguda del 1.2%. Se observaron diferencias en las prevalencias según las zonas y las regiones del país, siendo la zona rural y la región Atlántica las de mayor prevalencia en retraso en el crecimiento y desnutrición global. Los departamentos de la Guajira, Boyacá y Nariño presentaron prevalencias de desnutrición crónica superiores al valor del promedio nacional(31).

En el grupo de 5 a 9 años de edad se obtuvo una prevalencia de baja talla para la edad del 12,6%; el 5,4% bajo peso para la edad y el 1,1% bajo peso para la talla. Al igual que en el grupo de menores de cinco años el retraso del crecimiento y la desnutrición global fueron más elevadas en la zona rural y en la región Atlántica. El sobrepeso se presentó en el 4% de los niños y niñas(31).

En el grupo de edad comprendido entre los 10 a 17 años se observó una prevalencia de desnutrición crónica del 16,2%, siendo mayor en el área rural (24,0%) que en el área urbana (12,9%). Los departamentos de Nariño, Guajira y Boyacá presentaron valores superiores al 20% (26,9%, 26,7% y 24,5% respectivamente). La delgadez se evidenció en 7,3% de los niños y jóvenes, siendo la región Atlántica la más afectada (11,6%)(31).

Entre los 18 y 64 años de edad el sobrepeso y la obesidad fue el principal problema de malnutrición, mostrando una prevalencia general del 46%, pero con diferencias entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes presentaron la mayor prevalencia, un 50%. En el grupo de mujeres gestantes el 20,7% presentaron bajo peso, el 22,9% sobrepeso y el 7,2% obesidad(31).

La prevalencia de anemia en niños y niñas de 1 a 4 años fue del 33,2%, alcanzando en el grupo de 12 y 23 meses, el 53,2 % de la población. Los resultados demostraron que el área

rural presentó el mayor porcentaje de población afectada con un 39,1% versus un 30,8% en población urbana, la región Atlántica mostró la mayor prevalencia, del 45,1%(31).

El grupo etáreo de 5 a 12 años presentó una prevalencia de anemia del 37,6%, con mayor prevalencia en la zona rural (44,2% versus 34,9% en la zona urbana). En el grupo de mujeres en edad fértil se observó una prevalencia de anemia del 32,8%, sin diferencias significativas entre los grupos de 13 a 49 años. En las gestantes, el 44,7% presentó anemia, con mayor prevalencia en el grupo de 13 a 17 años de edad (52,4%), seguidas por el grupo de 30 y 49 años (48,2%)(31).

6.17 CARACTERIZACION DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA

6.17.1 Contexto territorial

De acuerdo con el análisis de la situación de salud del departamento del Cauca año 2015, el Departamento del Cauca está situado al sur-occidente del país, entre las cordilleras central y occidental y los departamentos del Valle del Cauca, Nariño y Huila, con una porción de 140 Kms de costa en el Pacífico. Su extensión de 30.169 Kms². Compuesto por 42 municipios, organizados en 7 subregiones(31):

Bota Caucana: Piamonte, Santa Rosa y San Sebastián

Centro: Cajibío, El Tambo, Morales, Piendamó, Silvia, Popayán, Puracé y Timbío

Macizo: Almaguer, La Sierra, La Vega, Rosas y Sotará

Norte: Buenos Aires, Caloto, Puerto Tejada, Villarrica, Suárez, Santander de Quilichao, Toribío, Corinto, Padilla, Miranda, Guachené, Caldono y Jambaló.

Oriente: Inzá, Páez, Totoró

Pacífico: Guapi, López de Micay y Timbiquí

Sur: Argelia, Balboa, Bolívar, Florencia, Mercaderes, Patía y Sucre.

En la Bota Caucana se encuentra una densidad de población menor que en el resto del departamento debido al difícil acceso geográfico y a las dificultades para mejorar su acceso por las fallas geológicas que existen en la zona, en consecuencia se presenta un flujo migratorio hacia zonas urbanas. En zona norte predomina un clima cálido y se caracteriza por tener en ella el 11.5% del total de población afro descendiente del departamento, sin embargo, en sus cordilleras la población es predominantemente indígena(31).

En la zona pacífica la población se encuentra ubicada a lo largo de los ríos, por ser su fuente de agua, medio de transporte y el entorno donde realizan la pesca, siendo su principal actividad productiva. Se encuentran ubicados el 2.1% del total de población afro descendiente del departamento.

6.17.2 Contexto demográfico

Según proyección de población por municipios 2005 a 2020 del DANE, la población del departamento del Cauca para el año 2015 es de 1.379.169 personas, con una tasa de crecimiento promedio del 0,89%. Así mismo, el 50,65% de la población son hombres y el 49,35%, el 39,73% de la población se ubica en la zona urbana y el 60,27% en la zona rural, manteniendo un patrón predominante en la distribución espacial de la población en la zona rural.

En cuanto a la pertenencia étnica, de acuerdo a la proyección de población municipal del DANE, para el 2015 se estiman 296.521 indígenas que representaban el 21,5% de la población del Departamento y 306.176 personas afrocolombianos que representan el 22,2% de la población

El Cauca es un departamento eminentemente rural, lo cual está directamente relacionado con la ocupación agrícola y agroindustrial de sus habitantes, particularmente ésta última en el norte del cauca, esta situación marca negativamente la calidad de vida de las poblaciones rurales que tienen como común denominador la pobreza y las dificultades para el acceso a

bienes y servicios, convirtiéndose estas situaciones en determinantes sociales de inequidad en salud(31).

El déficit de vivienda en el departamento se estima en un 10,65% mientras que para Colombia es de 8,48%. En la categoría centro poblado y rural disperso es todavía más acentuado, en el Cauca es de 10,36% y a nivel nacional es de 5%. De acuerdo con las cifras de NBI el Cauca presentó según el censo de 2005 un 6.4% de hogares con necesidades básicas insatisfechas, ocupando el puesto 9 entre los departamentos con mayores dificultades, medidas a partir de NBI. También se evidencia que en las zonas urbanas existen mejores condiciones de vida respecto a la zona rural en la cual solamente el 50.54% de hogares cuentan con una vivienda digna y con posibilidad de acceder al sistema escolar. Los municipios con mayor tasa de mortalidad son Caloto, Puerto Tejada y Corinto con tasas de 6,69, 6,59 y 5,61 por 10000 habitantes respectivamente, lo cual puede obedecer a la violencia y el conflicto armado vivido durante décadas en ciertos municipios específicos del departamento del Cauca (31)

Con respecto a la garantía de la prestación de los servicios de salud, persisten grandes desafíos principalmente en los municipios de la región Pacífica y Bota Caucana, debido a que la mayor parte de la población reside en la zona rural dispersa, en donde las instituciones de salud por sus escasos recursos no pueden acceder fácil y permanentemente a estas zonas, en el mismo sentido las condiciones de vida, los problemas de comunicación y accesibilidad geográfica dificultan la presencia y permanencia de los profesionales de salud en éstas regiones. Lo que evidencia las disparidades sociales y en salud al interior del departamento, reflejadas en la morbilidad y mortalidad (31).

6.17.3 Análisis de Mortalidad

De acuerdo al análisis de la situación de salud Cauca 2015(7), con respecto a la mortalidad por grandes causas y según el ajuste de tasas por edad año 2005 a 2013, se encuentra en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa ajustada de 142,0 defunciones por 100.000 habitantes en 2005, 114,9 en el año 2009 y 119.5 defunciones por

100.000 en 2013, en segundo lugar, se encuentran las “Demás Causas” que presentan incremento del 2005 al 2008, luego un descenso en el 2009, un incremento en el 2010, posteriormente un descenso en el año 2012 y para año 2013 un ascenso a 86 defunciones x 100.000 habitantes, en tercer lugar se encuentra la mortalidad por causas externas. Así mismo al realizar el análisis por género se tiene que la principal causa de muerte en los hombres obedece a eventos de causa externa, mientras que en las mujeres la principal causa de muerte son “Las demás causas” en donde se incluyen enfermedades como diabetes mellitus y deficiencias nutricionales entre otras.

7 OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL:

Caracterizar las desigualdades sociales en la mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales en 42 municipios del Departamento del Cauca.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Calcular las tasas de mortalidad por:
 - ✓ Causas externas: Otros accidentes inclusive secuelas, lesiones autoinflingidas, agresiones homicidios inclusive secuelas y eventos de intención no determinada.
 - ✓ Diabetes mellitus
 - ✓ Deficiencias nutricionales y anemia
- Identificar el comportamiento de las variables socioeconómicas VAM. NBI, condición socioeconómica, ruralidad, analfabetismo, cobertura de acueducto, déficit de vivienda e IRCA.

Medir las desigualdades en la mortalidad por causas externas, Diabetes mellitus y deficiencias nutricionales según las variables socioeconómicas, VAM, NBI, condición socioeconómica, ruralidad, analfabetismo, cobertura de acueducto, déficit de vivienda e IRCA.

8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla 2 Operacionalización de las variables

Características sociodemográficas	Características socioeconómicas	Mortalidad /Lista 6/67 - CIE-10 OMS/OPS		
Población	Necesidades básicas insatisfechas. NBI	Enf. de causa externa	510	Otros accidentes inclusive secuelas.
	Ruralidad			
Sexo	Condición socioeconómica		511	Lesiones autoinflingidas
	Valor agregado Municipal. VAM	512	Agresiones homicidios, secuelas.	
	Déficit de vivienda	514	Eventos de intención no determinada	
Tasa de Analfabetismo	Cobertura Acueducto	Todas las demás enfermedades	601	Diabetes mellitus
	Índice de Riesgo de Calidad del Agua. IRCA			

Fuente: Elaboración propia 2016

9 ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

9.1 ENFOQUE.

El presente proyecto es de enfoque empírico analítico ya que mide las desigualdades mediante la comparación de tasas de mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales según los valores de VAM, NBI, condición socioeconómica, ruralidad, analfabetismo, cobertura de acueducto, déficit de vivienda e IRCA.

9.2 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio Ecológico, en el cual se tuvo como población los 42 municipios del Departamento del Cauca, con el propósito de medir desigualdades sociales en la mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales, con las variables socioeconómicas VAM, NBI, condición socioeconómica, ruralidad, porcentaje de analfabetismo, porcentaje cobertura de acueducto, déficit de vivienda e IRCA. Este tipo de estudio se caracteriza por estudiar grupos poblacionales, unidades de observación en diferentes períodos, áreas geográficas y comparaciones con tasas de mortalidad. Son de fácil disponibilidad de datos, por lo general registrados rutinariamente con fines de orden administrativo o legal, la utilidad de este tipo de estudios consiste en la toma de decisiones para la promoción y prevención de enfermedades. (33)

9.3 POBLACIÓN

La Población está constituida por los 42 municipios del Departamento del Cauca.

9.4 MUESTRA

Tabla 3 Estimación de la población 2009 a 2013 por municipio y género

MUNICIPIO	ESTIMACION DE POBLACIÓN 2009 – 2013. DANE									
	Hombres 2009	Mujeres 2009	Hombres 2010	Mujeres 2010	Hombres 2011	Mujeres 2011	Hombres 2012	Mujeres 2012	Hombres 2013	Mujeres 2013
POPAYAN	127408	136392	128449	137390	129579	138457	130760	139580	131990	140719
PUERTO TEJADA	216104	23194	21678	23256	21759	23332	21847	23394	21931	23464
BUENOSAIRES	14643	14225	14915	14477	15198	14739	15479	15014	15775	15287
CALOTO	8615	8828	8622	8845	8631	8868	8648	8888	8658	8910
GUAPI	14758	14395	14799	14463	14842	14523	14891	14572	14932	14623
LOPEZ	10072	9584	10130	9622	10182	9672	10245	9716	10303	9771
SUAREZ	9965	9000	9939	8962	9912	8948	9870	8939	9826	8928
TIMBIQUI	10854	10193	10895	10212	10943	10246	10997	10288	11056	10328
ARGELIA	12680	12609	12776	12731	12869	12864	12966	13017	13056	13165
BALBOA	12723	11628	12808	11725	12928	11827	13040	11927	13154	12020
BOLÍVAR	22755	21356	22808	21373	22856	21415	22896	21454	22944	21499
FLORENCIA	3119	2944	3127	2946	3131	2953	3133	2962	3136	2971
MERCAD	9235	8592	9272	8590	9308	8591	9339	8598	9369	8608

ERES										
PATÍA	17470	1681 6	17638	1694 1	17814	1708 4	17991	1722 5	18179	1737 4
SUCRE	4606	4297	4609	4292	4612	4293	4604	4284	4604	4289
SANTANDER DE QUILICHAO	42031	4316 6	42643	4385 9	43299	4457 3	43969	4529 8	44638	4604 4
MIRANDA	17995	1760 9	18319	1791 8	18657	1824 4	19016	1857 6	19371	1891 5
CAJIBÍO	19090	1662 3	19299	1668 9	19489	1681 4	19661	1693 5	19845	1706 4
EL TAMBO	24093	2245 0	24200	2251 8	24289	2259 9	24378	2267 5	24464	2275 1
LA VEGA	21566	2014 8	21921	2052 3	22268	2087 1	22593	2120 6	22890	2153 3
PIENDAMÓ	19549	1884 5	19878	1921 0	20219	1959 7	20575	1998 3	20926	2039 5
PURACÉ	7864	7268	7889	7274	7894	7296	7900	7313	7903	7330
SOTARA	8423	7712	8490	7774	8558	7839	8632	7916	8699	7984
ALMAGUER	10804	1004 9	10868	1006 6	10922	1008 7	10972	1010 5	11019	1012 0
LA SIERRA	5816	4951	5795	4950	5787	4942	5770	4937	5763	4919
MORALES	13227	1168 7	13279	1178 3	13352	1187 9	13423	1198 3	13503	1208 6
ROSAS	6855	5977	6888	6014	6925	6056	6954	6104	6998	6143
SILVIA	15963	1538 7	16028	1543 4	16100	1550 0	16169	1556 3	16246	1562 7

TIMBIO	15990	1543 4	16209	1560 9	16422	1579 5	16642	1598 6	16861	1618 5
PIAMONTE	3789	3371	3803	3382	3813	3391	3826	3415	3842	3431
SAN SEBASTIAN	7341	5878	7403	5927	7458	5980	7524	6035	7590	6098
SANTA ROSA	5075	4816	5104	4879	5147	4929	5190	4992	5236	5048
INZA	14821	1352 5	15051	1366 0	15266	1383 6	15487	1402 5	15716	1421 2
PAEZ	17235	1566 2	17379	1583 5	17550	1600 1	17732	1617 2	17929	1635 0
TOTORO	9472	8942	9595	9095	9730	9230	9864	9383	10005	9524
CALDONO	16524	1515 2	16620	1526 6	16731	1538 4	16845	1552 0	16959	1565 4
CORINTO	15032	1457 6	15206	1475 0	15386	1493 3	15587	1511 8	15777	1531 3
GUACHENE	9775	9816	9773	9846	9784	9870	9799	9897	9807	9925
JAMBALO	8183	7478	8317	7629	8469	7789	8628	7946	8790	8111
PADILLA	4039	4103	4010	4086	3988	4071	3961	4049	3937	4029
VILLARICA	7370	7662	7460	7755	7553	7860	7652	7952	7745	8053
TORIBIO	14302	1310 6	14447	1322 5	14596	1336 2	14751	1350 2	14908	1365 3

Fuente: Elaboración propia

9.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Inicialmente se procede a realizar la recolección de datos de la población y las defunciones (Eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales), por año, por municipio, por sexo y por grupo etáreo, para los 42 municipios del departamento del Cauca y para los años 2009 a 2013, en la página oficial del DANE, en: “Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional, Departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad” y “Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción” respectivamente.

La información obtenida se consolida en el Instrumento “Hoja de registro de las variables” en Excel. Una vez los datos se organizan en la base de datos, se procede a realizar el cálculo de las tasas crudas y las tasas ajustadas por sexo y edad, por cada evento/enfermedad, por municipio y por año.

Posteriormente se procede a recolectar los datos de las variables socioeconómicas objeto del estudio: Valor Agregado Municipal VAM, Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, condición socioeconómica, ruralidad, porcentaje de analfabetismo, porcentaje cobertura acueducto, déficit de vivienda e Índice de Riesgo de Calidad del Agua IRCA. La información se obtuvo de los siguientes documentos y páginas Nacionales:

Tabla 4 Fuentes de información de las variables socioeconómicas

VARIABLE	FUENTES DE INFORMACIÓN
VAM	https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Paginas/Fichas-de-Characterizacion-Regional.aspx
NBI	www.dane.gov.co/censo/files/resultados/NBI_total_municipios_30_Jun_2012.xls
Condición Socioeconómica	Agrupación de municipios colombianos según Características de ruralidad - Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de Magister en Estudios Urbano Regionales. Gabriel Jaime Posada

	Hernández
Ruralidad	Agrupación de municipios colombianos según Características de ruralidad - Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de Magister en Estudios Urbano Regionales. Gabriel Jaime Posada Hernández
Déficit de vivienda cuantitativo y cualitativo	www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo/DeficitViviendaCenso2005.xls
Analfabetismo	Base de datos Brechas (Fase I – 1102 Municipios V28)
Cobertura de acueducto	Base de datos Brechas (Fase I – 1102 Municipios V28)
IRCA	IRCAS: /www.datos.gov.co/frm/catalogo/frmCatalogo.aspx?dsId=74717

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS, se clasificaron los eventos y enfermedades objeto del estudio, de la siguiente manera:

Tabla 5 Clasificación de enfermedades y eventos de acuerdo al CIE-10 de OPS

Tipo	Eventos y Enfermedades	Códigos
Enfermedades de causa externa	Otros accidentes inclusive secuelas.	510
	Lesiones autoinflingidas	511
	Agresiones homicidios, secuelas.	512
	Eventos de intención no determinada	514
Todas las demás enfermedades	Diabetes mellitus	601
	Deficiencias nutricionales y anemia	602

Fuente: Elaboración propia

Una vez se cuenta con todos los datos recolectados, se obtienen los cuartiles para los eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales, por año (2009 a 2013), por sexo, en los 42 municipios del Departamento del Cauca.

Finalmente se carga la información en el paquete estadístico EPIDAT 4.1, específico para medir desigualdades sociales en salud.

9.6 PLAN DE ANÁLISIS

- Variables dependientes: tasas de mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales, para los 42 Municipios del Departamento del Cauca.
- Variables independientes: VAM, NBI, Condición socioeconómica, ruralidad, analfabetismo, cobertura de acueducto, déficit de vivienda e IRCA.
- Análisis de Estadísticas para medición de desigualdades sociales en salud. EPIDAT

Los índices calculados fueron los siguientes:

Índice basado en comparación dos a dos

- Coeficiente de tasas extremas (CT).

Índice de concentración

- Índice de concentración (IC).

Análisis modelo de regresión

- Índice relativo de desigualdad acotado (IRDA).

Tabla 6 Indicadores para la medición de desigualdades en salud

Denominación	Mide	Características
<p><u>Diferencias de tasas:</u> Comparan mediante una resta las tasas del grupo socioeconómico más alto y el más bajo</p>	<p>Desigualdad absoluta. Son más útiles para la definición de metas porque muestran la magnitud del problema de salud</p>	<p>Se comparan dos grupos en situaciones extremas. Pasa por alto las diferencias existentes entre los grupos excluidos de la comparación.</p> <p>Son más fáciles de entender.</p>
<p>La regresión de la variable salud sobre la variable socioeconómica da lugar al índice de desigualdad de la pendiente (IDP) y al <u>índice relativo de desigualdad (IRD)</u></p>	<p>el IRD tienen la ventaja de tomar en consideración el tamaño de la población y la posición socioeconómica relativa de los grupos</p>	<p>Cuando la regresión es lineal la pendiente de la recta se interpreta como el cambio que experimenta la variable dependiente (salud) cuando la variable independiente se modifica en una unidad. Permite incorporar otras variables en el modelo.</p> <p>El IRD puede arrojar resultados poco confiables cuando se aplican a muestras pequeñas en datos agregados</p>
<p><u>Índice de concentración</u> (incorpora la variable</p>	<p>La unidad de análisis se ordena de peor a mejor de</p>	<p>A mayor distancia de la diagonal mayor es la</p>

socioeconómica)	acuerdo a una variable socioeconómica, y se construye la curva de concentración a partir de la posición relativa de dicha unidad de análisis y la magnitud acumulada de la variable de salud	desigualdad
-----------------	--	-------------

Fuente: Elaboración propia

9.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del presente estudio, se tuvo en cuenta los aspectos éticos expresados en la Resolución número 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, por la cual se establecen “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud”; respetando los principios éticos como: La dignidad confidencialidad, privacidad, autonomía, Esta investigación es considerada “sin riesgo” Según Artículo 11, literal A, debido a que no se realiza intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, biológicas ni psicológicas o sociales puesto que para la recolección de la información se utilizaron fuentes secundarias tales como: registros, bases de datos y un instrumento en Excel elaborado por la Universidad Autónoma de Manizales para consolidar la información(34)

10 RESULTADOS

Tabla 7 Distribución de Tasas ajustadas de la mortalidad por Otros accidentes inclusive secuelas. Por cuartiles año 2009 a 2013

OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS											
2009				2010				2011			
Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer
Popayán	4,52	Popayán	1,07	Caloto	5,80	Popayán	1,62	Suarez	0,66	Popayán	0,29
Caloto	5,80	Buenos-aires	3,47	Popayán	5,82	Guapi	5,15	Popayán	1,35	Guapi	0,55
Corinto	7,81	Guapi	5,16	Toribío	5,99	Toribío	5,80	Guapi	2,20	Suarez	0,60
Guapi	8,46	Suarez	8,42	Corinto	6,38	Buenos-aires	6,54	Buenos-aires	7,95	Buenos-aires	3,47
Timbío	13,23	Corinto	9,01	Suarez	10,61	Timbío	7,68	Cajibío	10,21	Toribío	9,79
Patía	13,54	Patía	12,71	Buenos-aires	12,86	Suarez	8,42	Timbío	11,17	Timbío	13,12
Cajibío	15,78	Caloto	12,81	Patía	13,54	Mercaderes	11,45	Caloto	11,25	Mercaderes	17,86
Mercaderes	22,57	Toribío	13,78	Guapi	14,71	Corinto	14,18	Patía	11,87	Caloto	18,12
Toribío	26,02	Mercaderes	17,86	Cajibío	15,68	Caloto	18,12	Toribío	14,94	Corinto	26,97
Buenos-aires	26,68	Cajibío	18,14	Mercaderes	26,48	Patía	29,89	Mercaderes	26,48	Patía	29,89
Suarez	50,44	Timbío	21,12	Timbío	33,54	Cajibío	31,17	Corinto	22,58	Cajibío	31,17

OTROS ACCIDENTES INCLUSIVE SECUELAS							
2012				2013			
MUNICIPIO	HOMBRE	MUNICIPIO	MUJER	MUNICIPIO	HOMBRE	MUNICIPIO	MUJER
Caloto	5,80	Timbío	0,96	Popayán	0,14	Popayán	0,07
Corinto	6,11	Popayán	0,96	Patía	0,16	Buenos-aires	0,39
Timbío	7,63	Buenos-aires	3,47	Caloto	0,34	Patía	0,42
Popayán	7,63	Guapi	3,62	Buenos-aires	0,43	Suarez	0,75
Mercaderes	7,81	Corinto	6,55	Timbío	6,01	Guapi	3,62
Guapi	8,46	Toribío	9,79	Guapi	8,46	Cajibío	4,97
Buenos-aires	12,21	Cajibío	11,37	Cajibío	10,37	Toribío	9,79
Toribío	12,81	Mercaderes	12,82	Toribío	14,94	Corinto	14,18
Suarez	20,57	Patía	17,04	Suarez	20,57	Mercaderes	17,86
Patía	28,58	Caloto	23,43	Mercaderes	26,48	Caloto	18,12
Cajibío	44,27	Suarez	23,92	Corinto	60,72	Timbío	21,12

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8 Distribución de las Tasas ajustadas de Mortalidad por Lesiones autoinflingidas intencionadas. Por cuartiles año 2009 a 2013

TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONADAS											
2009				2010				2011			
Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer
Popayán	5,37	Popayán	0,72	Piendamó	4,76	Puerto tejada	2,28	Cajibío	5,32	Popayán	0,56
Inza	7,41	Puerto tejada	4,30	Puerto tejada	5,70	Popayán	2,33	El Tambo	7,83	Puerto tejada	2,28
Buenos aires	7,96	Bolívar	4,96	Páez	6,22	Timbío	6,58	Puerto tejada	8,94	El Tambo	5,11
Puerto tejada	9,16	Suarez	6,44	Timbío	6,31	Páez	7,15	Suarez	10,76	Piendamó	5,16
Piendamó	10,14	Timbío	6,86	Caldo no	6,32	Inzá	8,41	Caloto	11,25	Caloto	5,59
Suarez	10,76	Buenos aires	7,27	Buenos aires	7,66	El Tambo	10,22	Páez	12,19	Suarez	6,44
Caldo no	12,82	El Tambo	8,92	Suarez	10,61	Bolivar	10,81	Timbío	12,40	Timbío	6,51
Timbío	12,94	Caloto	9,22	Cajibío	10,81	Caloto	11,09	Popayán	12,94	Buenos aires	7,27
El Tambo	13,80	Inza	12,50	Popayán	11,22	Suarez	12,15	Piendamó	13,43	Inza	8,18
Caloto	20,28	Páez	13,01	Inza	14,69	Cajibío	13,08	Inza	14,10	Páez	13,01
Bolívar	21,63	Cajibío	13,23	Argelia	16,16	Buenos aires	13,64	Caldo no	62,25	Argelia	15,47
Cajibío	24,74	Corinto	14,00	El Tambo	17,08	Caldo no	14,46	Buenos aires	62,61	Bolívar	16,66
Páez	33,06	Piendamó	16,55	Corinto	25,53	Corinto	15,83	Bolivar	63,27	Cajibío	19,77
Corinto	33,34	Caldo no	56,46	Bolívar	28,83	Piendamó	16,55	Corinto	222,58	Corinto	26,97
Argelia	40,83	Argelia	63,23	Caloto	46,11	Argelia	26,88	Argelia	275,97	Caldo no	56,46

TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONADAS							
2012				2013			
Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer
Bolívar	4,28	Timbío	0,70	Puerto tejada	0,27	Puerto tejada	0,26
Puerto tejada	4,43	Popayán	0,70	Suarez	0,65	Popayán	0,34
Timbío	9,15	Puerto tejada	2,28	Bolívar	1,60	Suarez	0,74
Popayán	9,15	Piendamó	5,04	Popayán	1,84	Buenos aires	1,68
Páez	11,94	Suarez	6,44	Argelia	2,19	Argelia	1,95
Caldo no	12,10	Buenos aires	6,49	Buenos aires	2,45	Corinto	6,54
Buenos aires	12,21	Bolívar	10,81	Caloto	3,49	Caloto	9,22
Piendamó	13,54	Caloto	10,98	Corinto	5,99	Bolívar	10,81
El Tambo	13,76	Páez	11,71	Inza	7,14	Inza	12,50
Argelia	15,84	Inza	12,50	Timbío	7,55	Páez	13,01
Corinto	18,84	Corinto	15,83	Páez	10,87	Piendamó	19,06
Caloto	20,28	Cajibío	19,77	El Tambo	14,62	Cajibío	19,77
Suarez	21,02	El Tambo	20,84	Cajibío	24,74	Timbío	20,13
Cajibío	25,81	Argelia	26,88	Piendamó	31,71	El Tambo	20,84
Inza	37,99	Caldo no	56,46	Caldo no	302,25	Caldo no	98,45

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 9 Distribución de Tasas ajustadas de mortalidad por agresiones, homicidios, inclusive secuelas.
Por cuartiles año 2009 a 2013**

AGRESIONES HOMICIDIOS INCLUSIVE SECUELAS									
2009				2010				2011	
Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre
Piamonte	5,51	Popayán	4,37	Piamonte	10,94	Bolívar	4,96	López de M.	0,59
Toribío	20,83	Miranda	5,90	Inzá	14,69	Caldo no	5,29	Suarez	3,52
Caldo no	25,63	Patía	6,07	Caldo no	18,43	La Vega	5,74	Villarrica	3,90
Timbío	26,18	Villarrica	6,59	Morales	21,86	Popayán	6,10	Piamonte	5,46
La Vega	31,85	Morales	9,13	La Vega	22,15	Villarrica	6,59	Inzá	7,05
Paéz	38,02	Bolívar	9,93	Totoro	22,59	Paéz	7,15	Morales	15,31
Almaguer	44,96	López de M.	11,01	Piendamó	25,25	Buenos aires	8,24	La Vega	19,90
Popayán	48,13	Almaguer	11,08	Toribío	27,23	Morales	8,98	Toribío	23,85
López de M.	48,97	Caloto	11,13	López de M.	39,85	Inzá	9,38	Padilla	25,86
Piendamó	50,75	La Vega	11,90	Timbío	49,31	Balboa	9,52	Timbío	36,02
Cajibío	54,08	Santander de Quilichao	13,30	Paéz	50,50	Patía	10,24	Piendamó	37,69
Totoro	56,45	Buenos aires	13,94	Padilla	51,60	Piendamó	10,57	Cajibío	40,85
Bolívar	61,11	Puerto tejada	16,97	Cajibío	59,46	Caloto	11,09	Rosas	47,09
Inzá	64,43	Sucre	17,27	Villarrica	65,50	Totoro	11,74	Paéz	55,62
Miranda	73,13	Piendamó	17,41	Almaguer	68,07	Suarez	16,71	Caldo no	62,25
Buenos aires	80,03	Totoro	17,50	Bolívar	68,69	Timbío	20,87	Buenos aires	62,61

Morales	85,83	Paéz	18,00	Sucre	84,51	Cajibío	21,28	Bolívar	63,27
Rosas	87,21	Inzá	19,07	Popayán	86,30	Puerto tejada	21,33	Popayán	67,73
Padilla	101,97	Toribío	19,39	Patía	101,72	El Tambo	22,80	Balboa	75,78
Sucre	105,72	El Tambo	20,42	Buenos aires	110,56	Padilla	24,88	Miranda	87,74
Suarez	127,32	Timbío	20,87	Rosas	118,71	López de M.	26,38	El Tambo	97,93
El Tambo	149,33	Corinto	20,99	El Tambo	136,81	Toribío	26,51	Totoro	129,56
Santander de Quilichao	159,65	Cajibío	21,28	Caloto	146,59	Miranda	28,87	Santander de Quilichao	133,70
Villarica	164,83	Padilla	24,92	Suarez	147,59	Sucre	29,62	Patía	136,58
Patía	168,99	Argelia	25,17	Balboa	169,67	Corinto	32,89	Almaguer	166,26
Caloto	170,78	Balboa	26,21	Corinto	173,37	Argelia	33,14	Caloto	168,03
Balboa	188,29	Suarez	48,62	Puerto tejada	244,96	Almaguer	38,12	Puerto tejada	188,33
Corinto	274,77	Piamonte	50,45	Argelia	265,50	Santander de Quilichao	41,47	Corinto	222,58
Puerto tejada	288,97	Rosas	62,51	Miranda	300,27	Piamonte	47,40	Argelia	275,97
Argelia	316,70	Caldo no	160,85	Santander de Quilichao	400,69	Rosas	76,74	Sucre	334,52

AGRESIONES HOMICIDIOS INCLUSIVE SECUELAS

2012				2013			
Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer
Piamonte	6,36	Popayán	4,04	Argelia	1,08	Popayán	0,34
Morales	7,55	Timbío	4,04	López de M.	1,36	Miranda	0,34
Toribío	13,08	Bolívar	4,92	Bolívar	1,60	Santander de Quilichao	0,518
Inzá	14,12	Piendamó	5,04	Miranda	1,80	Balboa	0,522
Caldo no	18,15	El Tambo	5,12	Popayán	1,84	Patía	0,54
Padilla	26,95	La Vega	5,49	Balboa	1,87	Suarez	0,77
La Vega	28,68	Buenos aires	6,49	Sucre	1,96	Puerto tejada	0,96
López de M.	28,87	Corinto	6,62	Buenos aires	2,45	Buenos aires	1,68
Paéz	35,81	Inzá	7,96	Santander de Quilichao	3,03	Argelia	1,95
Piendamó	38,78	Puerto tejada	7,99	Caloto	3,49	El Tambo	4,36
Totoro	42,73	Balboa	8,60	Villarica	3,97	Inzá	5,18
Almaguer	44,21	Morales	8,66	Suarez	5,02	Piamonte	6,09
Suarez	51,05	Caloto	10,98	Puerto tejada	6,49	Cajibío	6,29
Rosas	55,47	Patía	11,12	Piamonte	21,73	Corinto	6,50
Bolívar	74,24	Miranda	11,32	Piendamó	23,55	Villarica	6,59
Patía	78,59	Villarica	12,43	Inzá	26,86	Toribío	10,06
Popayán	87,14	Cajibío	12,73	Totoro	31,19	Timbío	11,43
Timbío	87,14	Santander	14,96	Timbío	33,83	La Vega	11,90

		de Quilichao					
El Tambo	89,34	Suarez	16,71	Toribío	34,26	Caloto	13,82
Villarica	105,27	Totoro	17,50	Paéz	35,94	Piendamó	17,41
Santander de Quilichao	106,59	Toribío	18,65	Almaguer	36,08	Totoro	17,50
Cajibío	108,95	Argelia	18,93	La Vega	42,91	Morales	17,81
Buenos aires	111,85	Almaguer	19,81	Rosas	43,68	Paéz	18,00
Balboa	113,30	Paéz	21,69	Padilla	51,60	Almaguer	21,69
Miranda	138,95	Sucre	24,70	Morales	59,82	Padilla	24,92
Sucre	143,80	Padilla	24,92	Cajibío	66,48	López de M.	26,38
Argelia	180,31	Rosas	28,46	El Tambo	111,16	Sucre	29,62
Puerto tejada	182,20	López de M.	41,74	Corinto	204,20	Bolívar	32,78
Caloto	190,00	Piamonte	50,45	Patía	605,22	Rosas	76,74
Corinto	220,91	Caldo no	160,85	Caldo no	2848,71	Caldo no	316,40

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10 Distribución de Tasas ajustadas de mortalidad por Eventos de intención no determinada. Por cuartiles año 2009 a 2013

EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA											
2009				2010				2011			
Munic ipio	Hom bre	Munic ipio	Mu jer	Munic ipio	Hom bre	Munic ipio	Mu jer	Munici pio	Homb re	Munici pio	Muje r
San	0,25	Popayá	0,80	San	0,30	San	0,07	San	0,05	San	0,41

Sebastián		n		Sebastián		Sebastián		Sebastián		Sebastián	
Popayán	4,53	San Sebastián	1,18	Páez	4,72	Popayán	1,20	Timbiquí	0,49	Suarez	0,73
Morales	6,54	Puerto tejada	2,18	Timbío	5,14	Puerto tejada	2,18	Santander de Quilichao	2,13	Timbiquí	1,37
Puerto tejada	9,16	Santander de Quilichao	2,27	Toribío	6,81	El Tambo	3,73	El Tambo	2,38	Popayán	1,52
Buenos aires	10,05	El Tambo	4,75	Popayán	6,98	Suarez	6,40	Popayán	3,75	Santander de Quilichao	2,12
Suarez	10,63	Caldo no	5,09	Timbiquí	8,04	Buenos aires	6,50	Corinto	6,24	Puerto tejada	2,18
Timbío	12,39	Timbiquí	6,20	El Tambo	9,36	Corinto	6,87	Morales	7,66	Buenos aires	6,52
Páez	12,67	Buenos aires	6,50	Caldo no	12,10	Santander de Quilichao	8,49	Timbío	7,84	Corinto	6,74
El Tambo	12,95	Páez	6,97	Puerto tejada	13,60	Morales	8,90	Puerto tejada	8,97	Morales	8,81
Corinto	14,87	Morales	7,00	Puracé	13,78	Páez	9,18	Toribío	10,01	Páez	9,18

Santander de Quilichao	15,88	Corinto	7,00	Corinto	19,55	Timbiquí	11,59	Buenos Aires	12,52	Toribío	9,48
Toribío	16,67	Toribío	9,48	Suarez	19,82	Timbío	11,94	Suarez	13,65	El Tambo	10,07
Timbiquí	22,03	Timbío	11,94	Buenos Aires	20,52	Toribío	13,62	Caldo no	18,47	Timbío	11,94
Puracé	30,27	Suarez	12,16	Santander de Quilichao	24,62	Inzá	14,68	Páez	24,93	Puracé	12,61
Inzá	44,87	Inzá	16,17	Morales	34,94	Puracé	26,23	Inzá	27,00	Caldo no	27,46
Caldo no	70,22	Puracé	26,23	Inzá	44,87	Caldo no	27,46	Puracé	30,27	Inzá	31,30

2012				2013			
Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer
San Sebastián	0,25	San Sebastián	1,16	Santander de Quilichao	0,09	Santander de Quilichao	0,13
Toribío	6,54	Timbío	3,06	Popayán	0,10	San Sebastián	0,30
Santander de Quilichao	6,59	Popayán	3,06	Buenos Aires	0,18	Popayán	0,34

Buenos aires	6,98	Puerto tejada	3,84	San Sebastián	0,25	Puerto tejada	0,51
Timbío	7,94	Santander de Quilichao	4,07	Timbiquí	0,29	Timbiquí	0,70
Popayán	7,94	El Tambo	4,75	Puerto tejada	0,34	Suarez	0,77
El Tambo	9,17	Caldo no	5,47	Páez	6,71	Páez	4,43
Timbiquí	9,35	Buenos aires	6,49	Toribío	10,01	Buenos aires	6,50
Suarez	10,51	Toribío	7,49	Timbío	12,21	Toribío	7,34
Puracé	12,40	Páez	9,18	Puracé	12,28	Morales	8,25
Páez	12,75	Timbiquí	11,13	Inzá	12,37	El Tambo	10,07
Inzá	13,75	Suarez	11,96	Suarez	13,65	Timbío	11,94
Morales	15,15	Corinto	19,80	Corinto	14,87	Corinto	20,21
Corinto	18,83	Puracé	26,23	Morales	22,41	Puracé	27,24
Puerto tejada	22,06	Morales	26,77	El Tambo	26,98	Inzá	41,29
Caldo no	23,20	Inzá	41,29	Caldo no	227,09	Caldo no	71,83

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11 Distribución de Tasas ajustadas de mortalidad por diabetes mellitus. Por cuartiles año 2009 a 2013

DIABETES MELLITUS											
2009				2010				2011			
Municipio	Hom bre	Municipio	Mu jer	Municipio	Hom bre	Municipio	Muj er	Municipio	Hom bre	Municipio	Mu jer
Corinto	0,02	Guapi	0,50	El Tambo	2,43	Guapí	0,50	Suarez	0,69	Guapí	0,43
El Tambo	3,35	Argelia	5,25	Argelia	3,77	El Tambo	2,86	Piendamó	3,81	Suarez	1,50
Argelia	3,77	Miranda	5,72	Suarez	4,85	Suarez	4,80	Santander de Quilichao	6,43	Villarrica	2,56
Popayán	3,97	Popayán	5,81	Cajibío	4,98	Patía	6,49	Buenos aires	6,70	Piendamó	4,66
Cajibío	4,48	El Tambo	6,76	Patía	6,10	Caldono	6,78	Argelia	7,25	Argelia	5,25
Suarez	4,85	Buenos aires	6,97	Morales	6,33	Argelia	7,74	Villarrica	8,53	Miranda	5,57
Patía	5,70	Caldono	6,98	Buenos aires	7,66	Buenos aires	9,14	Guapi	9,42	Buenos aires	7,21
Miranda	5,83	Morales	9,16	Guapi	9,42	Popayán	10,69	Cajibío	10,21	Caldono	7,85
Timbío	6,20	Santander de Quilichao	10,93	Popayán	10,08	Timbío	14,23	Caldono	10,69	El Tambo	12,06

Villarri ca	8,53	Caloto	11,0 1	Caloto	10,70	Pienda mó	14,8 4	Timbío	11,17	Santan der de Quilich ao	12,6 9
Santan der de Quilic hao	8,86	Suarez	12,1 6	Pienda mó	12,52	Morale s	18,7 9	El Tambo	11,72	Patía	12,7 5
Pienda mó	9,22	Puerto tejada	22,7 5	Puerto tejada	13,74	Caloto	21,5 3	Puracé	11,84	Corint o	14,7 3
Bueno s aires	9,44	Villarri ca	27,8 2	Villarri ca	15,35	Corint o	21,9 2	Morale s	12,40	Cajibío	16,7 6
Puracé	12,27	Corint o	28,4 6	Mirand a	21,96	Cajibío	22,2 8	Popayá n	14,37	Popayá n	19,5 1
Puerto tejada	13,79	Cajibío	29,3 3	Corint o	22,27	Santan der de Quilich ao	30,4 3	Mirand a	21,96	Caloto	21,1 6
Guapí	18,49	Guach ené	33,8 1	Santan der de Quilich ao	23,73	Guach ené	33,4 4	Patía	24,63	Puracé	29,0 0
Caloto	24,17	Pienda mó	41,4 1	Guach ené	24,76	Mirand a	33,6 0	Guach ené	24,76	Timbio	29,9 8
Guach ené	24,76	Patía	44,0 3	Puracé	27,92	Villarri ca	39,9 9	Corint o	30,07	Guach ené	33,8 1
Morale s	39,98	Puracé	48,8 8	Timbio	32,36	Puerto tejada	44,2 3	Caloto	32,08	Puerto tejada	48,7 5
Caldon	142,9	Timbio	60,2	Caldon	142,9	Puracé	48,8	Puerto	35,92	Morale	49,2

DIABETES MELLITUS							
2012				2013			
Municipio	Hombre	Municipio	Mujer	Municipio	Hombre	Municipio	Mujer
Argelia	3,77	Guapí	0,50	Popayán	0,15	Buenos aires	0,11
Cajibío	4,15	Suarez	4,80	Miranda	0,22	Argelia	0,47
El Tambo	7,86	Caldono	6,43	Argelia	0,29	Popayán	0,47
Santander de Quilichao	8,34	Argelia	7,53	Guapi	0,35	Guapi	0,57
Villarrica	8,53	El Tambo	11,46	Santander de Quilichao	0,39	Suarez	0,75
Suarez	9,02	Timbío	12,75	Patía	0,72	Santander de Quilichao	0,76
Guapi	9,42	Popayán	12,75	Caloto	0,89	Patía	0,80
Piendamó	11,22	Villarrica	13,15	Puerto tejada	1,09	Villarrica	0,88
Timbío	12,10	Piendamó	13,92	Villarrica	1,71	Caloto	1,34
Popayán	12,10	Puracé	15,10	Cajibío	4,04	Miranda	1,78
Patía	12,42	Morales	16,92	Piendamó	4,33	Puerto tejada	2,50
Buenos aires	13,96	Cajibío	17,86	Suarez	4,85	El Tambo	8,11

Miranda	16,05	Santander de Quilichao	20,41	El Tambo	5,45	Cajibío	11,26
Morales	19,76	Miranda	21,86	Morales	5,94	Timbio	13,07
Puracé	27,92	Buenos aires	22,28	Timbio	7,55	Puracé	14,35
Corinto	28,65	Guachené	23,48	Guachené	9,32	Morales	17,55
Puerto tejada	39,62	Puerto tejada	24,27	Buenos aires	9,44	Corinto	20,60
Guachené	40,20	Patía	24,59	Puracé	11,40	Piendamó	31,92
Caloto	53,00	Caloto	31,65	Corinto	18,15	Guachené	44,50
Caldono	142,96	Corinto	56,59	Caldono	275,22	Caldono	581,70

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12 Distribución de Tasas ajustadas de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia. Por cuartiles año 2009 a 2013

TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA											
2009				2010				2011			
MUNICIPIO	HOMBRE	MUNICIPIO	MUJER	MUNICIPIO	HOMBRE	MUNICIPIO	MUJER	MUNICIPIO	HOMBRE	MUNICIPIO	MUJER
El Tambo	2,50	Patía	3,34	Guapi	2,11	Patía	3,34	Suarez	0,28	Patía	3,34
Patía	3,55	Guapi	4,20	Patía	3,55	Buenos aires	4,92	Guapi	0,34	Guapi	4,20
La Vega	5,10	Buenos aires	4,92	La Vega	3,85	Guapi	5,15	La Vega	5,10	El Tambo	7,11
Suarez	5,23	El Tambo	5,10	El Tambo	4,33	La Vega	6,70	Patía	6,38	Buenos aires	7,21
Guapi	5,24	Caloto	11,69	Suarez	5,23	Suarez	11,97	Buenos aires	6,70	Caldono	7,85
Buenos aires	6,91	Suarez	12,26	Buenos aires	5,27	Caloto	12,79	Almaguer	6,73	Caloto	10,58
Almaguer	6,94	Almaguer	22,24	Caldono	5,35	Caldono	13,56	El Tambo	6,75	Suarez	12,12
Caloto	11,40	La Vega	22,63	Caloto	14,40	Almaguer	14,54	Caldono	10,69	La Vega	13,97
Caldono	11,72	Caldono	63,32	Almaguer	39,49	El Tambo	15,64	Caloto	14,40	Almaguer	28,65

TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA							
2012				2013			
MUNICIP IO	HOMB RE	MUNICIP IO	MUJE R	MUNICIP IO	HOMB RE	MUNICIP IO	MUJE R
La Vega	2,50	El Tambo	2,75	Guapi	0,36	Patía	0,42
Guapi	2,52	Patía	6,25	Caloto	0,44	Buenos aires	0,47
Patía	3,55	Caldono	6,43	Buenos aires	0,48	Guapi	0,89
Buenos aires	6,98	Guapi	6,57	Patía	0,72	El Tambo	2,70
El Tambo	9,08	Buenos aires	7,08	La Vega	5,10	La Vega	5,89
Suarez	10,18	Caloto	11,69	Suarez	5,23	Caloto	11,69
Almaguer	24,19	Suarez	12,12	Almaguer	6,55	Suarez	12,12
Caloto	31,36	La Vega	22,63	El Tambo	9,08	Almaguer	13,91
Caldono	35,16	Almaguer	40,98	Caldono	112,87	Caldono	225,46

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13 Distribución de Indicadores Socioeconómicos por Municipios

MUNI CIPIO	VAM	MUNI CIPIO	NBI	MUNI CIPIO	C. SOCI O ECON	MUNIC IPIO	RUR ALID AD	MUNIC IPIO	DEFICI T DE VIVIEN DA
-----------------------	------------	-----------------------	------------	-----------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	--

					OMIC A				CUANTITATIVO O
Caloto	3083707	Puerto tejada	18,05	Popayán	1	Popayán	5	Silvia	3,33
Popayán	2156092	Popayán	18,07	Buenos aires	1	Puerto tejada	5	San Sebastián	6,6
Santander de Q.	2130785	Padilla	22,17	El Tambo	1	Caloto	5	Almaguer	6,81
Puerto tejada	1620746	Buenos aires	25,7	Piendamó	1	Bolívar	5	Timbiquí	7,00
Patía	1511122	Guachené	26,23	Sotará	1	Patía	5	Padilla	7,37
Mercedes	1417185	Suarez	28,2	Puerto tejada	2	Santander de Q.	5	Toribio	7,75
Timbio	1403791	Villarrica	30,66	Balboa	2	Miranda	5	Florencia	8,10
Suarez	1359492	Santander de Q.	33,6	Bolívar	2	Caldono	5	Puerto tejada	8,13
Padilla	1333006	Patía	34,4	Florencia	2	Buenos aires	4	Santander de Q.	8,29
Miranda	1302547	Timbio	36,0	Mercedes	2	Guapi	4	Buenos aires	9,10
El Tambo	1295186	Piendamó	38,0	Patía	2	López de M.	4	Patía	9,60
Silvia	1219393	Florencia	46,7	Sucre	2	Suarez	4	Caldono	9,82

Villarri ca	119074 8	Caloto	48,9	Almag uer	2	Timbiqu í	4	Totoró	9,94
Buenos aires	117284 0	Miranda	50,3	La Sierra	2	Argelia	4	Jambalo	10,12
Toríbio	117133 9	Silvia	50,3	Rosas	2	Balboa	4	Balboa	10,20
Balboa	107471 4	Puracé	50,7	Timbío	2	Mercade res	4	Sucre	11,00
Pienda mó	105927 4	El Tambo	53,5	San Sebasti án	2	El Tambo	4	Caloto	11,10
Totoró	104931 1	Corinto	53,5 8	Santa rosa	2	Puracé	4	Suarez	12,20
Rosas	100709 7	La Sierra	56,9	Villarri ca	2	Sotará	4	Mercade res	12,40
Guapi	100617 0	Lopéz de M.	57,0	Guche né	2	Piamont e	4	Cajibío	12,90
Morale s	995867	Sotará	57,3	Toribio	2	San Sebastiá n	4	La Sierra	12,92
Corint o	991702	Timbiqu í	60,3	Caloto	3	Santa rosa	4	Morales	13,15
Cajibío	976998	Totoró	60,9 7	Guapi	3	Inzá	4	Villarric a	13,65
Puracé	914944	Toríbio	61,8 1	Lopez de M.	3	Paéz	4	Paéz	13,69
Floren cia	860182	Balboa	62,1	Suarez	3	Corinto	4	Guapi	14,20
Sotará	857836	Morales	62,3	Timbiqu	3	Toríbio	4	Miranda	14,30

				uí					
Bolívar	822477	Cajibío	63,7	Argelia	3	Cajibío	3	Popayán	15,82
Sucre	794725	Paéz	64,27	Santander de Q.	3	La Vega	3	Inzá	16,23
Jambalo	788147	Rosas	65,9	Miranda	3	Almaguer	3	Corinto	18,23
Caldono	736982	Bolívar	67,0	Cajibío	3	La Sierra	3	Rosas	20,10
Paéz	702130	Inzá	68,44	La Vega	3	Morales	3	Santa rosa	20,2
Sansebastián	686022	Mercaderes	69,1	Puracé	3	Silvia	3	Timbio	22,10
Piamonte	666907	Caldono	69,87	Morales	3	Totoró	3	Piendamó	28,80
Guachené	666189	La Vega	70,6	Silvia	3	Jambalo	3	Lopez de M.	31,20
Inzá	664938	Jambalo	72,95	Piamonte	3	Villarrica	3	Argelia	53,20
La Vega	626142	Sansebastián	74,96	Inzá	3	Florencia	2	Piamonte	53,2
Almaguer	624184	Santa rosa	77,72	Paéz	3	Sucre	2	La Vega	59,00
Timbiquí	603562	Sucre	80,3	Totoró	3	Piendamó	2	Puracé	60,80
Lopez de M.	559908	Almaguer	88,5	Caldono	3	Rosas	2	El Tambo	65,30

Argelia	467479	Guapi	97,6	Corinto	3	Timbio	2	Bolívar	67,10
Santa rosa	423649	Argelia	100,0	Jambaló	3	Padilla	2	Sotará	78,40
La Sierra	91948	Piamonte	100	Padilla	3	Guachené	SD	Guachené	SD

MUNICIPIO	DEFICIT DE VIVIENDA CUALITATIVO	MUNICIPIO	ANALFABETISMO %	MUNICIPIO	COBERTURA ACUEDUCTO %	MUNICIPIO	IRCA (2009)	MUNICIPIO	IRCA (2013)
Sotará	6,60	Popayán	3,9	Puerto tejada	96,1	Miranda	0,00	Caldono	0
Puracé	7,30	Argelia	4,20	Popayán	95,2	Morales	0,90	Padilla	0
Popayán	9,11	Padilla	5,4	Padilla	92,9	Patía	3,10	Jambaló	0,73
Bolívar	11,70	Villarrica	5,5	Timbío	88,66	Piendamó	3,80	Patía	2,40
El Tambo	13,40	Santander de Q.	6,50	Piendamó	87,00	Corinto	3,93	Morales	3,00
Puerto tejada	15,93	Puerto tejada	6,8	Patía	84,70	Buenos aires	4,96	Silvia	3,00
Piendamó	16,40	Sotará	7,90	Villarrica	80,5	Popayán	7,4	Balboa	3,33
Timbío	23,03	Caloto	8,20	Florencia	80,10	Caloto	11,0	Santander	3,80

				a			4	der de Q.	
Padilla	24,81	Santa rosa	8,6	Santander de Q.	79,40	Balboa	13,00	El Tambo	4,00
La Vega	25,20	Timbío	8,67	La Sierra	73,42	Jambalo	14,19	Cajibío	5,00
Villarrica	26,89	Puracé	8,90	Caloto	70,00	Totoró	17,1	Miranda	5,95
Santander de Q.	27,10	San Sebastián	9,8	Paéz	67,1	El Tambo	17,30	Piendamó	6,00
Patía	34,30	Buenos aires	9,90	Toribio	66,5	Suarez	18,00	Timbío	6,00
Miranda	37,50	Piendamó	10,30	San Sebastián	66,3	Toribio	22,21	Paéz	6
Corinto	42,57	Patía	10,40	Caldono	64,4	Inzá	27,1	Mercedes	6,46
Caloto	45,10	La Sierra	10,57	Miranda	63,30	Timbío	28,90	Suarez	7,00
Florencia	53,00	Rosas	12,10	Silvia	63,25	Rosas	30,20	Argelia	7,37
Lopez de M.	56,10	El Tambo	12,10	Suarez	62,30	Cajibío	31,10	Sucre	9,24
La Sierra	58,51	Piamonte	12,1	Buenos aires	57,90	Paéz	31,1	Puerto tejada	10
Suarez	59,10	Totoró	13,1	Puracé	53,90	Padilla	32,36	Bolívar	10,13
Paéz	59,22	Inzá	13,3	Balboa	53,10	Guapi	33,2	Rosas	11,0

							0		0
Morales	60,52	Corinto	13,3	Morales	52,68	Puerto tejada	33,4	Santa rosa	11
Silvia	63,01	Balboa	13,40	Corinto	48,9	Santander de Q.	37,70	Corinto	11,14
Balboa	64,40	Bolívar	13,70	Sucre	47,70	Mercaderes	38,80	Inzá	13
Cajibío	66,50	Miranda	13,70	La Vega	43,60	Silvia	41,60	Caloto	15,00
Buenos aires	66,60	La Vega	13,70	Bolívar	43,10	Bolívar	44,10	Sotaró	15,00
Rosas	66,66	Florencia	14,30	Mercaderes	37,70	Caldono	44,39	Buenos aires	16,00
Toribío	66,7	Silvia	14,60	Sotaró	34,10	Puracé	48,90	Totoró	17
Mercaderes	67,60	Morales	15,10	Rosas	33,95	Almaguer	51,60	Villarica	35
Caldono	70,58	Suarez	15,20	Santa rosa	33,2	Santa rosa	54,3	Puracé	36,00
Santa rosa	71,2	Caldono	15,7	Cajibío	32,80	Argelia	70,00	Guapi	37,00
San sebastián	74,9	Mercaderes	16,10	Lopez de M.	29,50	Villarrica	70,1	Florencia	37,52
Sucre	75,40	Sucre	16,30	El Tambo	29,20	Piamonte	73	Almaguer	45,00
Totoró	75,86	Cajibío	16,30	Totoró	27,3	San sebastian	77	La Sierra	56,00
Inzá	76,96	Paéz	17,0	Jambalo	25,9	La Sierra	77,3	Piamo	71

							0	nte	
Jambalo	80,06	Torbio	17,7	Timbiquí	25,40	Sotará	80,10	Sansebastian	71
Timbiquí	84,00	Guapi	18,40	Almaguer	21,83	Sucre	83,60	LaVega	72,00
Almaguer	85,36	Jambalo	18,65	Guapi	17,20	LaVega	83,80	Popayán	82
Guapi	85,40	Almaguer	20,19	Inzá	14,0	Florencia	88,80	Timbiquí	90,00
Argelia	92,60	Lopez de M.	20,50	Piamonte	7,2	Timbiquí	94,70	Guachené	90,46
Piamonte	97,6	Timbiquí	28,20	Argelia	5,40	Guachené	97,6	Torbio	94,09
Guachené	SD	Guachené	SD	Guachené	0,1	Lopez de M.	97,70	Lopez de M.	SD

Fuente: Elaboración propia

10.1 DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA

10.2 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR EVENTOS DE CAUSA EXTERNA SEGÚN MODELO DE COMPARACIÓN DOS A DOS, MODELO DE REGRESIÓN Y MODELO DE CONCENTRACIÓN:

Tabla 14 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Otros accidentes inclusive secuelas, en hombres según VAM. Cauca 2009-2013

Evento de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Hombres	hombres	hombres	hombres	hombres

Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	2,723	2,706	0,908	7,639	30,149
	IRDA	19,673	3,9	-2,844	8,401	-2,837
	IC	-0,277	-0,183	-0,625	-0,242	-0,626

.CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

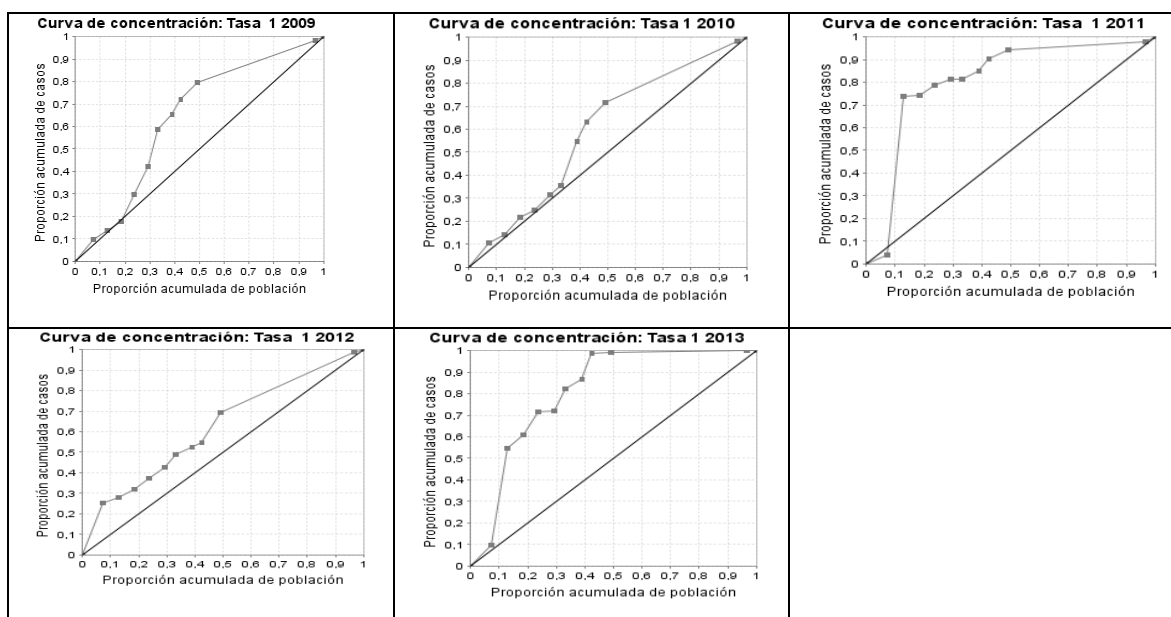
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado,

IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres, registrados en la Tabla 14.

De acuerdo al **Cociente de tasas extremas** para los años 2009 y 2010 hubo 2,7 veces más muertes por otros accidentes inclusive secuelas por 100.000 habitantes, en el municipio con peor valor agregado municipal (VAM), presentándose la tasa más alta en el municipio de Cajibío. En el año 2011 el índice desciende (0,9) indicando ausencia de desigualdad, y para los años 2012 y 2013 el índice asciende a 7,6 y 30,1 veces más muertes por 100.000 habitantes en el municipio con peor VAM. La tasa más alta se presentó en el municipio de Cajibío. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de otros accidentes inclusive secuelas para hombres en los años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 indican que la mortalidad por este evento se presenta en los municipios con peor VAM. En cuanto al **Índice de concentración** En general la curva de concentración en todos los años, muestra que los datos se alejan hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, sugiriendo mayor mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres, en los municipios con peor valor agregado municipal. (Grafico 1).

Grafico 1 Curvas de concentración según VAM en la mortalidad en hombres por otros accidentes inclusive secuelas, años 2009-2013



Fuente: Elaboración propia

Tabla 15 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Lesiones autoinflingidas en hombres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Lesiones autoinflingidas	CT	2,013	0,351	24,537	0,781	0,627
	IRDA	14,584	0,998	-7,171	2,497	-3,729
	IC	-0,284	0	-0,431	-0,14	-0,562

CT: Cociente de tasas extremas

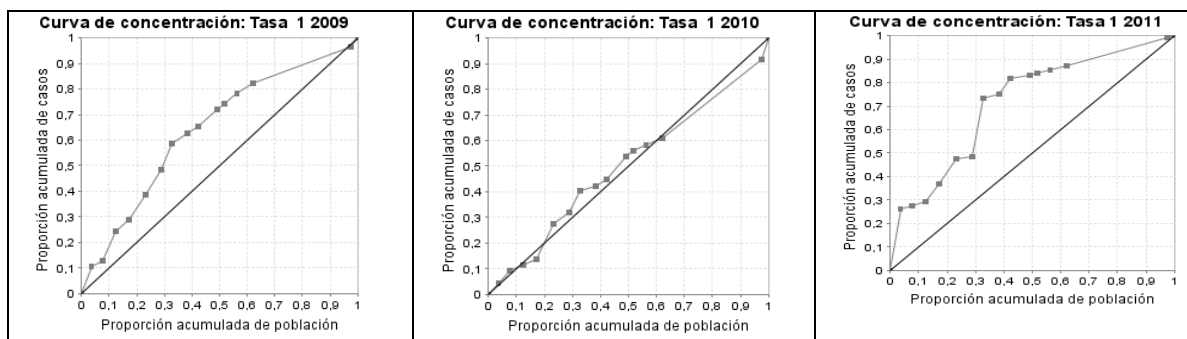
Fuente: Epidat 4.1

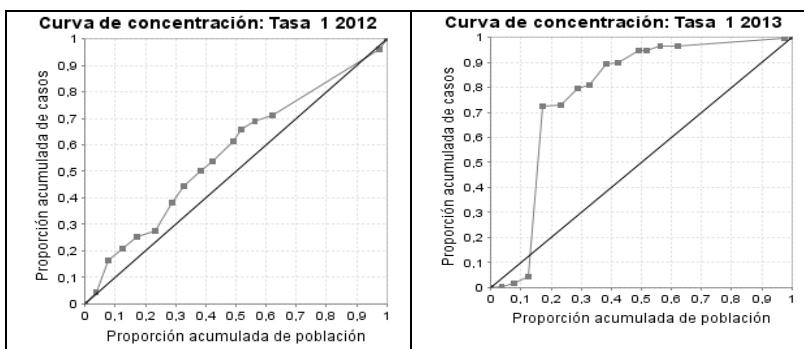
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado,

IC: Índice de concentración

Las lesiones autoinflingidas en hombres, muestran que según el **Cociente de tasas extremas**, la tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas es 2,013 veces más alta en el municipio con un VAM menor (Argelia), comparada con el municipio con mayor VAM (Caloto) en el año 2009 y 24,537 veces mayor en 2011. Los índices para los demás años están por debajo de 1, indicando que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con menor VAM, Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado**, los índices relativos de desigualdad calculados con las tasas de Mortalidad Por lesiones autoinflingidas para los años 2009 y 2012, indican que la mortalidad por este evento es mayor en los municipios con peor VAM; Para el año 2010 se observa un IRD acotado menor de 1, lo que indica que la mayor mortalidad por dicha causa se presenta en los municipios con VAM mayor. Por otro lado, en los años 2011 y 2013 los índices revelaron una mortalidad mayor en los municipios con peor VAM. En cuanto al **El Índice de concentración**, observamos que en los años 2009, 2011, 2012 Y 2013 la curva de concentración muestra que los datos se alejan hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, sugiriendo mayor mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres, en los municipios con peor valor agregado municipal. Por el contrario para el año 2010 la curva de concentración se encuentra sobre la diagonal, indicando ausencia de desigualdad. (Gráfico 2).

Gráfico 2 Curvas de concentración según VAM en la mortalidad en hombres por lesiones autoinflingidas en 42 municipios del departamento de Cauca 2009-2013





Fuente: Elaboración propia

Tabla 16 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Agresiones, homicidios, secuelas en hombres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	1,854	1,811	1,642	0,949	0,31
	IRDA	0,979	0,378	0,878	0,524	0,146
	IC	0,004	0,152	0,022	0,105	0,251

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

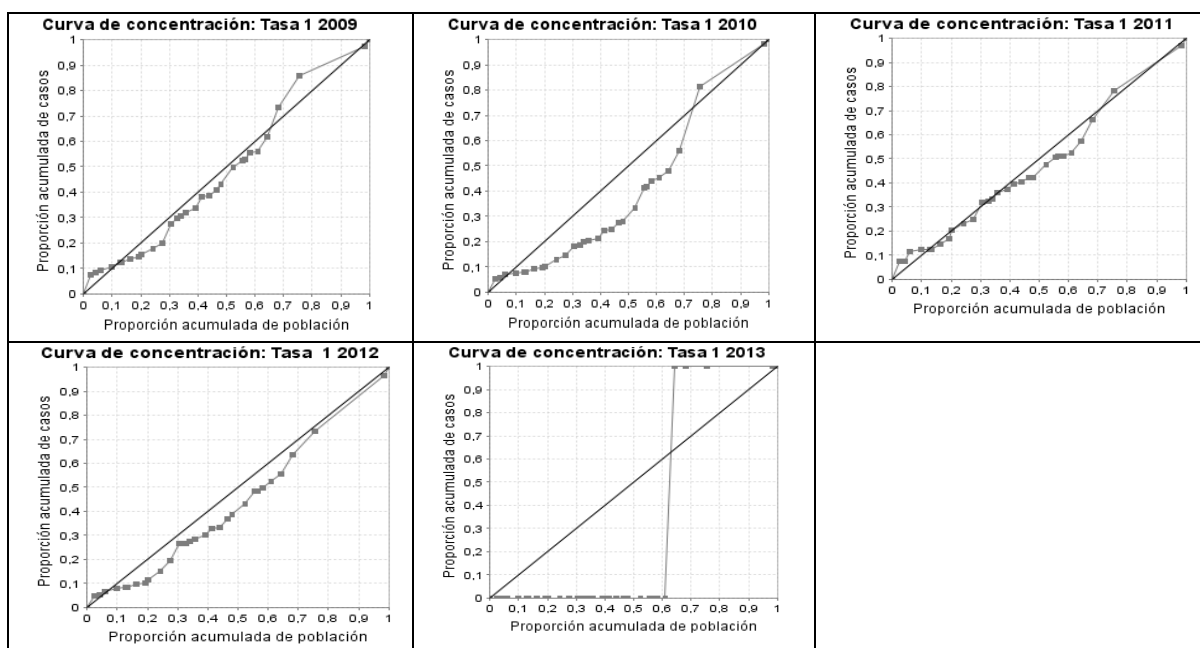
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado,

IC: Índice de concentración

Según los valores del **Cociente de tasas extremas** para los años 2009, 2010 y 2011 hubo 1, 8 y 1,6 veces más muertes por 100.000 habitantes, en los municipios con peor VAM. Presentándose la tasa más alta en el municipio de Argelia. Para los años 2012 y 2013 los índices bajan indicando ausencia de desigualdad. Con respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado**, calculado con las tasas de mortalidad por agresiones, homicidios y

secuelas para el periodo de estudio, indican que la mortalidad por este evento se presenta en los municipios con mejor VAM. En cuanto al **El Índice de concentración**, se observa que en los años 2009 al 2013 la curva de concentración se aleja levemente hacia la derecha de la diagonal de igualdad, indicando mayor mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres en los municipios con mejor VAM. (Gráfico 3).

Gráfico 3 Curvas de concentración según VAM en la mortalidad en hombres por agresiones, homicidios y secuelas, años 2009-2013.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 17 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según VAM. Cauca 2009-2013.

Eventos de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Eventos de intención no determinada	CT	4,867	1,151	0,13	1,177	2,895
	IRDA	5,868	2,348	5,308	1,751	-19,615

	IC	-0,321	-0,171	-0,308	-0,113	-0,551
--	----	--------	--------	--------	--------	--------

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado,

IC: Índice de concentración

El cociente de tasas extremas para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 hubo 4,8, 1,1 y 2,8 veces más muertes por 100.000 habitantes, en los municipios con peor VAM.

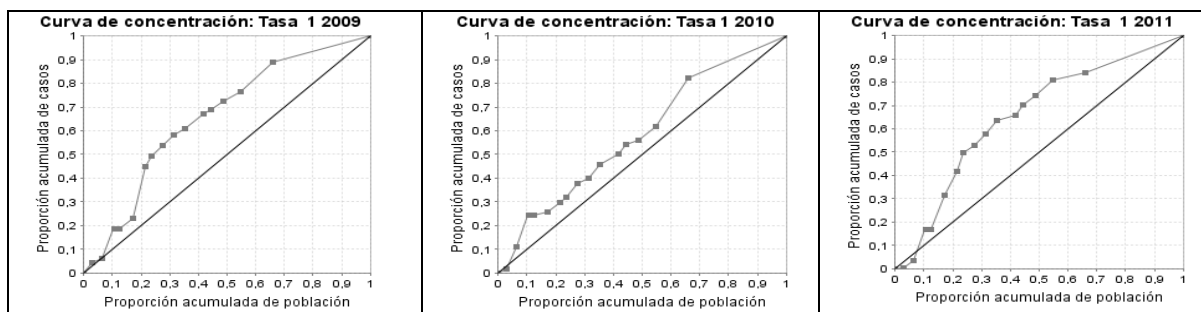
Presentándose la tasa más alta en el municipio de Timbiquí. En el año 2011 hay un

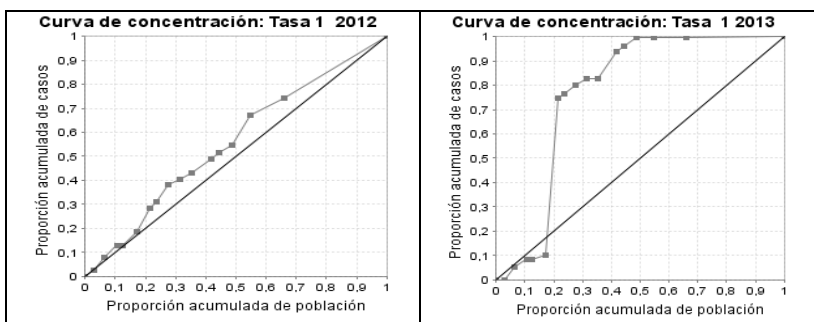
descenso indicando ausencia de desigualdad. Entre tanto el **Índice Relativo de**

Desigualdad Acotado, muestra que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada para los años 2009 y 2012, indican que la mayor mortalidad se presenta en los municipios con peor VAM; así mismo para el año 2013 se observa mayor (-19,61)

mortalidad por dicha causa en los municipios con peor VAM. **El Índice de concentración**: Para los años 2009 a 2013 muestra que la curva de concentración se aleja de la diagonal de igualdad a la izquierda, sugiriendo Mayor muerte por eventos de intención no determinada en los municipios con peor VAM (Gráfico 4).

Gráfico 4 Curvas de concentración según VAM en la mortalidad en hombres por eventos de intención no determinada, año 2009-2013





Fuente: Elaboración propia

Tabla 18 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Otros accidentes inclusive secuelas, en mujeres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	1,416	1,72	1,72	0,485	0,274
	IRDA	-12,688	-16,452	-5,498	5,398	-43,639
	IC	-0,349	-0,337	-0,429	-0,206	-0,313

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

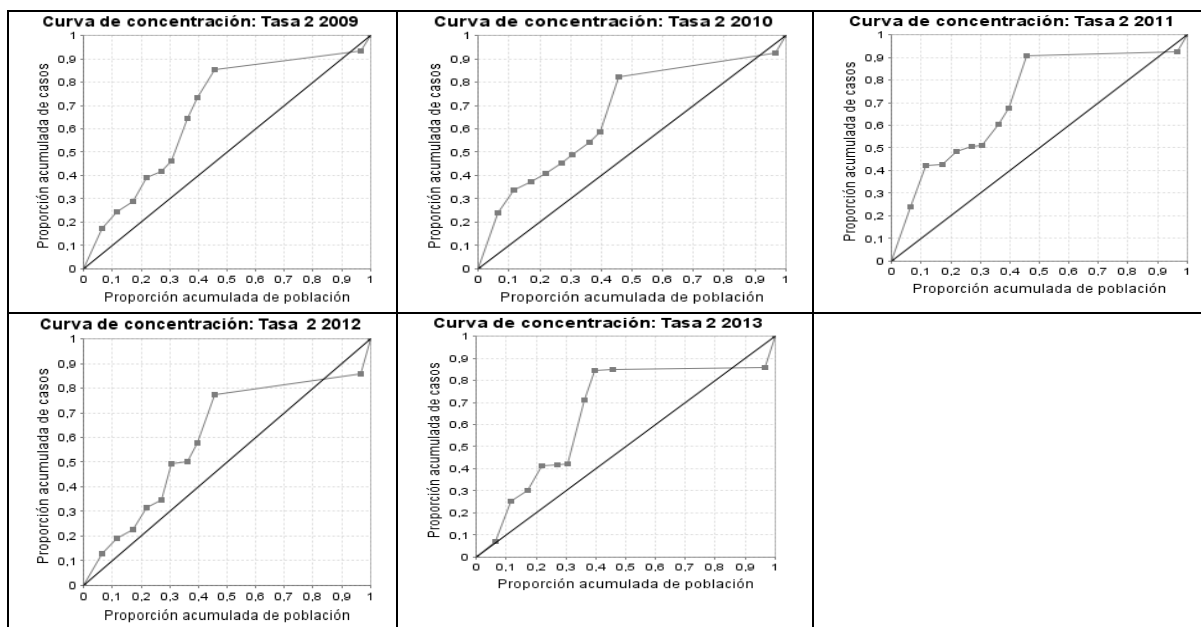
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Según el **Cociente de tasas extremas** para los años 2009, 2010 y 2011, hubo 1,4 y 1,7 veces más muertes por 100.000 mujeres en los municipios con peor VAM, presentándose la tasa más alta en el municipio de Cajibío. Estos índices disminuyen en los años 2012 y 2013. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de otros accidentes inclusive secuelas para mujeres en los años 2009, 2010, 2011 y 2013 indican que la mortalidad por este evento se presenta en los municipios con peor VAM. **El Índice de**

concentración refleja que la mortalidad en mujeres en todos los años es mayor en los municipios con peor VAM, datos coherentes con las curvas de concentración las cuales se alejan hacia la izquierda de la diagonal de igualdad (ver gráfico 5).

Gráfico 5 Curvas de concentración según VAM en la mortalidad en mujeres por otros accidentes inclusive secuelas, años 2009-2013



Fuente: Elaboración propia

Tabla 19 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por lesiones autoinflingidas, en mujeres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Lesiones autoinflingidas	CT	6,856	2,424	2,769	2,448	0,211
	IRDA	-3,822	-192,541	-4,24	-4,778	-4,995
	IC	0,549	0,326	0,52	0,492	0,482

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

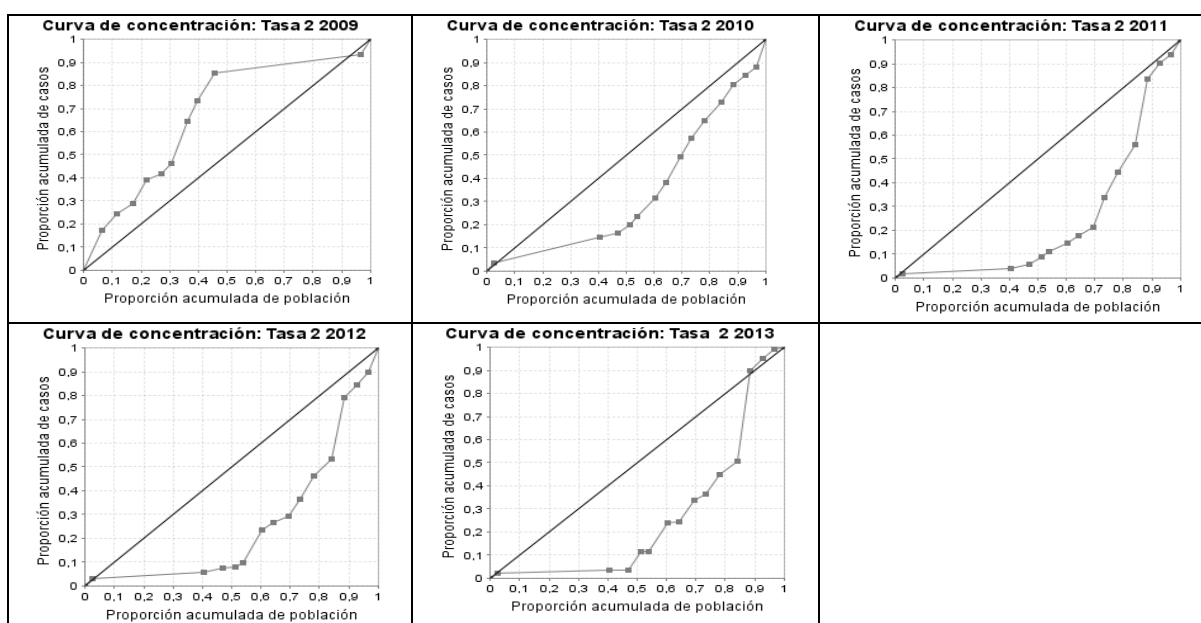
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Según el índice de **Cociente de tasas extremas** muestra que para el año 2009 hubo 6,856 veces más muertes por lesiones autoinflingidas por 100.000 mujeres, en el municipio con peor VAM (Argelia). Así mismo para los años 2010, 2011 y 2012 se presentaron 2,424, 2,769 y 2,448 veces más muertes por 100.000 mujeres en los municipios con peor VAM. En el año 2013 el índice desciende (0,211) indicando ausencia de desigualdad. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de Mortalidad Por lesiones autoinflingidas para los años 2009 a 2013, indica que la mortalidad por éste evento en mujeres, es más alta en los municipios con peor VAM. Mientras que el **Índice de concentración** en los años 2010, 2011, 2012 y 2013 objeto del estudio, la curva de concentración muestra que los datos se alejan hacia la derecha de la diagonal de igualdad, sugiriendo mayor mortalidad en los municipios con mejor VAM. (Ver Gráfico 6).

Gráfico 6 Desigualdades en la Mortalidad por Lesiones autoinflingidas en Mujeres según el valor agregado municipal VAM. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 20 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Otros accidentes inclusive secuelas, en mujeres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	2,262	2,987	0,701	1,724	0,141
	IRDA	15,74	1,693	7,015	-209,016	-4,01
	IC	-0,293	-0,086	-0,25	-0,336	-0,553

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

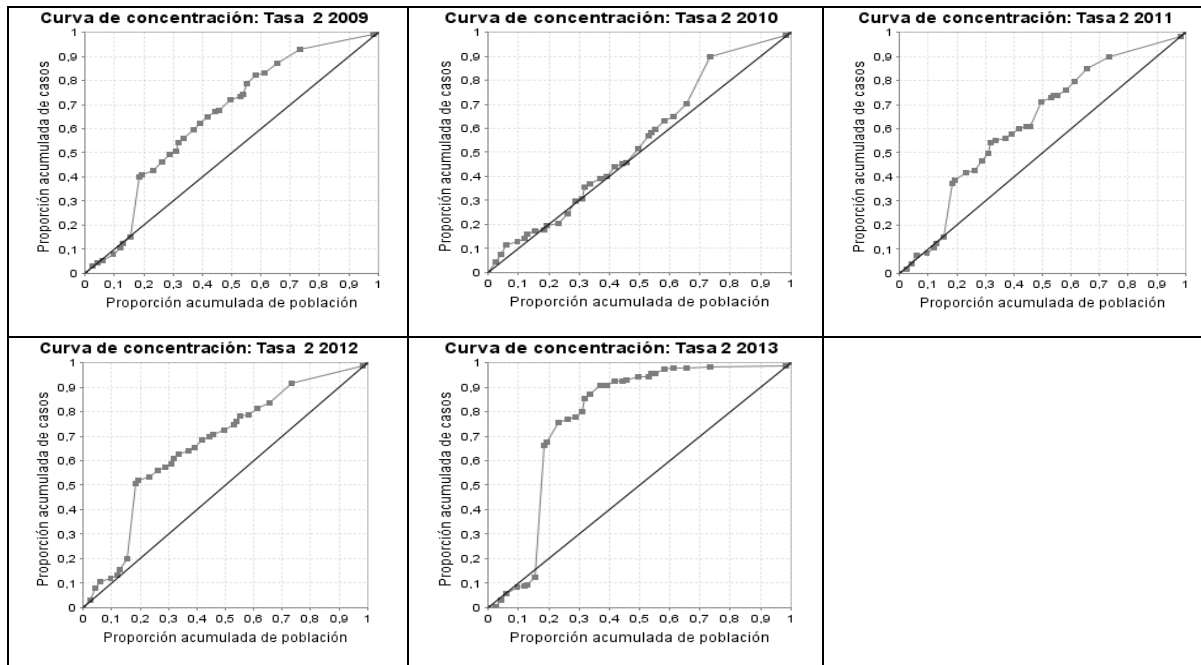
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Los valores del **Cociente de tasas extremas** revela que para los años 2009, 2010 y 2012, la tasa de mortalidad por agresiones, homicidios es más alta en el municipio con peor VAM (Argelia), Los resultados de los años 2011 y 2013 son menores a 1 indicando ausencia de desigualdad. En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de mortalidad por agresiones, inclusive secuelas para la población femenina, para los años 2009 a 2013, evidencian que la mortalidad por éste evento es mayor en los municipios con peor VAM, a diferencia de la población masculina. Así mismo el **Índice de concentración** en mujeres se observa que en los años 2009 al 2013 la curva de concentración en todos los años muestra que los datos se alejan hacia la izquierda de la diagonal, sugiriendo mayor mortalidad por agresiones inclusive secuelas en los municipios con peor VAM. (Ver Gráfico 7).

Gráfico 7 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según el valor agregado municipal VAM. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 21 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Otros accidentes inclusive secuelas, en mujeres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Eventos de intención no determinada	CT	7,728	9,690	0,900	3,641	2,100
	IRDA	13,071	9,539	18,273	12,136	-16,438
	IC	-0,413	-0,385	-0,436	-0,407	-0,585

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

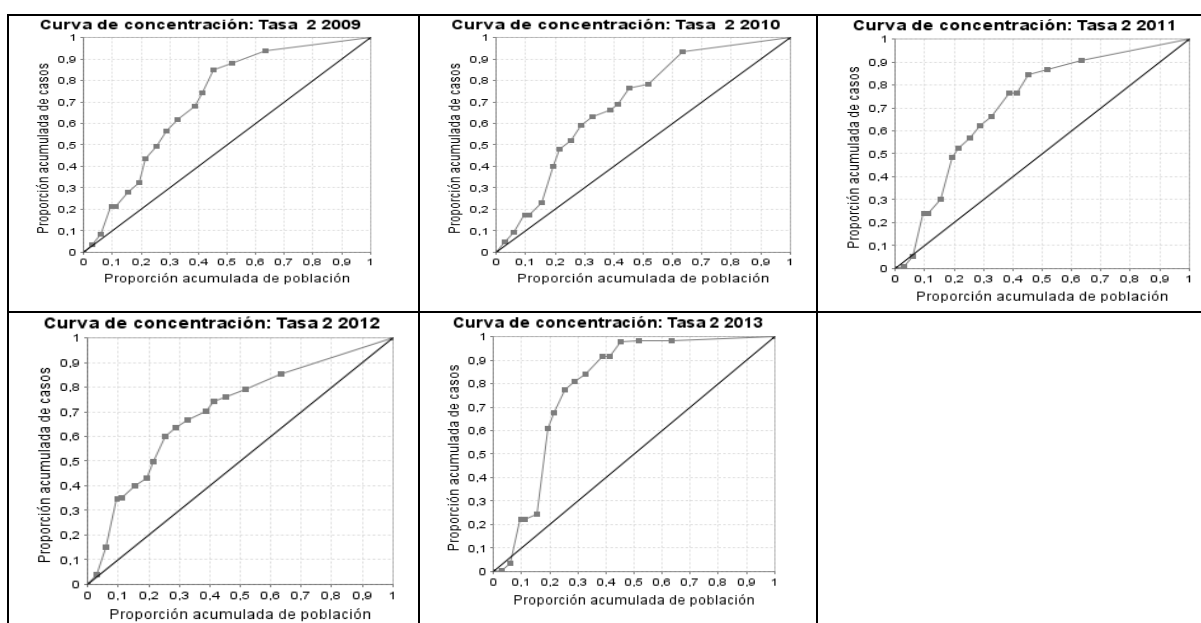
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

La medición de la desigualdad en la mortalidad por eventos de intención no determinada en mujeres, muestra en el **cociente de tasas extremas**, que para este evento hubo por 100.000 mujeres 2,10 veces más muertes en el 2013, 3,64 en el 2012, 9,69 en el 2010 y 7,72 en el 2009 en los municipios con peor condición socioeconómica. En cuanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado con las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada para los años 2009 a 2013, indican que la mortalidad por ésta causa es más alta en los municipios con peor VAM. De igual manera en el **Índice de concentración** se tiene que la curva de concentración se aleja hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, indicando mayor mortalidad por eventos de intención no determinada en los municipios con peor VAM. (Ver Gráfico 8).

Grafico 8 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según el valor agregado municipal VAM. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 22 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según NBI. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	1,871	2,527	1,635	1,108	2,288
	IRDA	2,907	2,769	15,621	2,474	17,598
	IC	-0,23	-0,219	-0,476	-0,195	-0,554

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

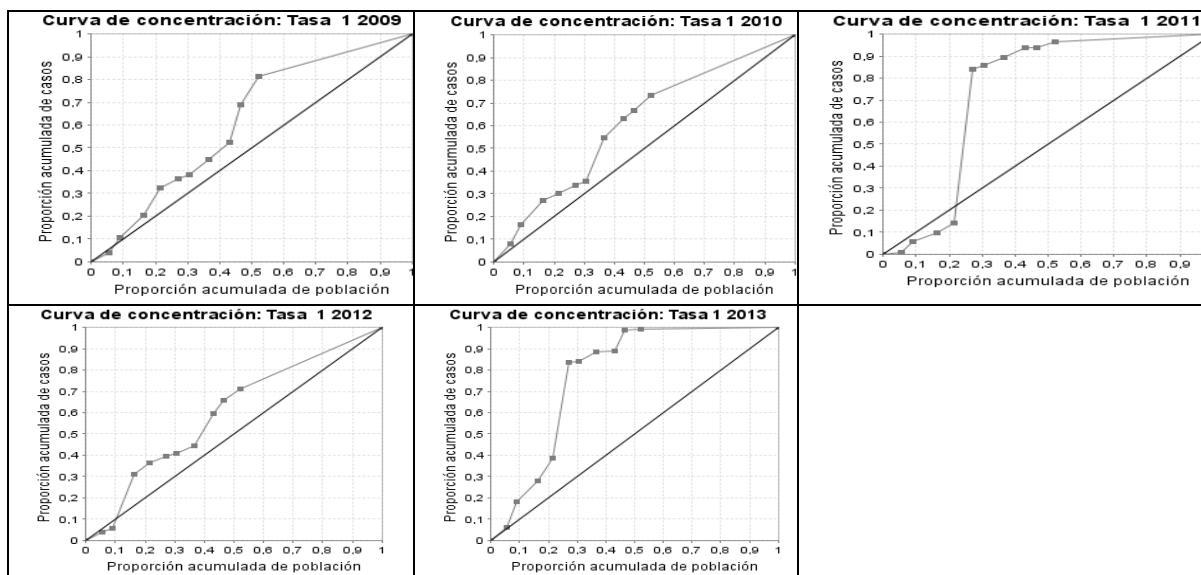
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

La medición de la desigualdad en la mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres, muestra en el **cociente de tasas extremas**, que para este evento hubo por 100.000 hombres 2,28 veces más muertes en el 2013, 1,10 en el 2012, 1,63 en el 2011, 2,52 en el 2010 y 1,87 en el 2009 en los municipios con mayor NBI. De igual forma el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado con las tasas de mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres, para los años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 indican que la mortalidad por este evento se presenta en los municipios con mayor NBI. Mientras tanto en el **Índice de concentración** la curva de concentración se aleja hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, indicando mayor mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas, en los municipios con mayor índice de necesidades básicas insatisfechas. (Ver. Grafico 9)

Grafico 9 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 23 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según NBI. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Lesiones autoinflingidas	CT	4,456	2,835	30,855	3,579	8,063
	IRDA	14,953	2,046	-8,21	2,957	-3,049
	IC	-0,295	-0,115	-0,434	-0,166	-0,677

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

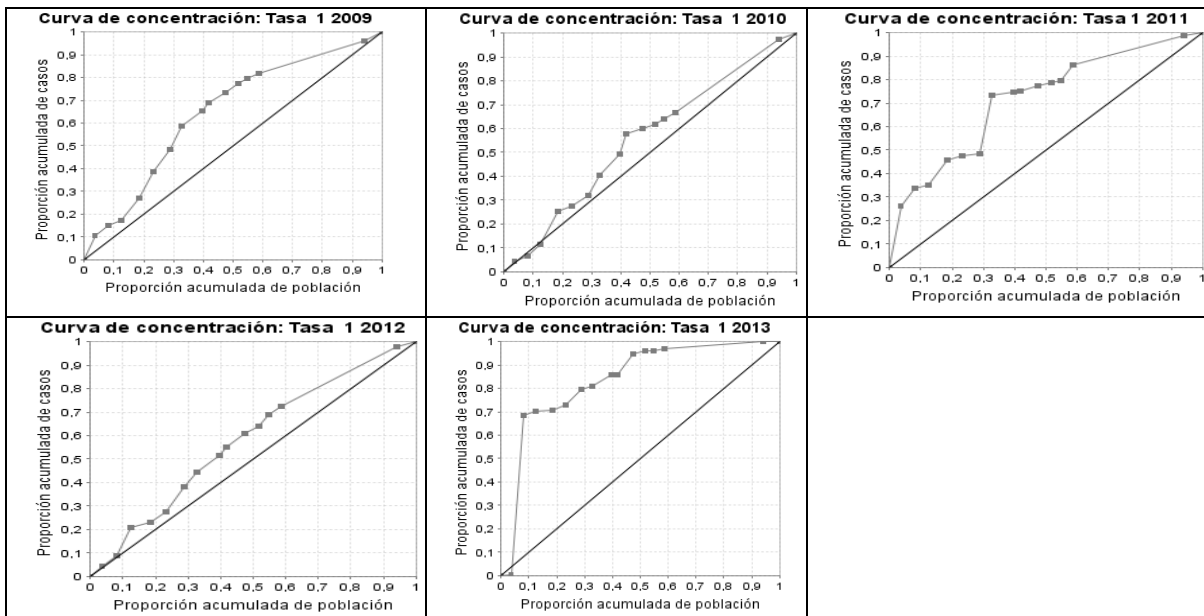
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

La medición de la desigualdad en la mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres, muestra en el **cociente de tasas extremas**, que para este evento hubo por 100.000 hombres, 8,06 veces más muertes en el 2013, 3,57 en el 2012, 30,85 en el 2011, 2,83 en el 2012 y 4,45 en el 2009 en los municipios con peor índice de necesidades básicas insatisfechas.

Índice Relativo de Desigualdad Acotado para los hombres calculado con las tasas de Mortalidad por lesiones autoinflingidas para los años 2009, 2010 y 2012, indica que la mortalidad por éste evento es más alta en los municipios con peor NBI; Para los años 2011 y 2013 se observa un IRD de $-8,21$ y $-3,04$ revelando una mortalidad mayor en los municipios con peor VAM. Respecto del **Índice de concentración**, para todos los años objeto del estudio en la población masculina, se observa que la curva de concentración está a la izquierda de la diagonal de igualdad, sugiriendo mayor mortalidad por lesiones autoinflingidas en los municipios con mayor NBI (Ver. Grafico 10)

Grafico 10 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 24. Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres según NBI. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	1,096	1,084	1,465	0,99	3,349
	IRDA	0,786	0,447	0,959	0,511	0,374
	IC	-0,041	-0,129	-0,007	-0,11	-0,152

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

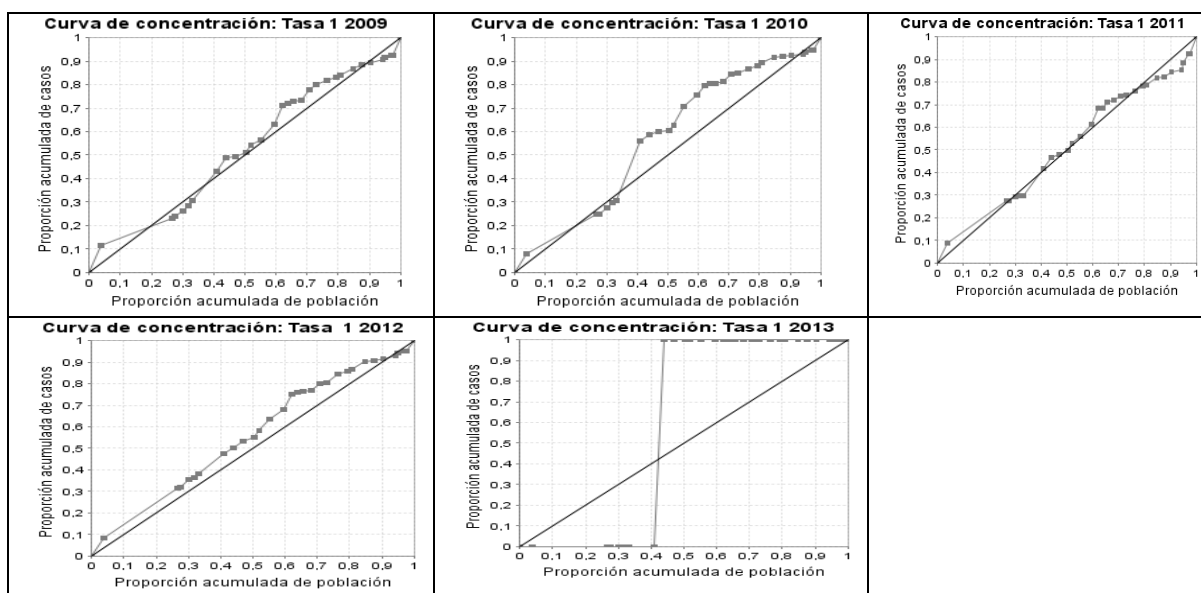
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

El índice de **Cociente de tasas extremas** de la mortalidad por agresiones inclusive secuelas, indica que para este evento hubo por 100.000 mujeres 3,34 veces más muertes en el 2013, 1,46 en el 2011, 1,08 en el 2010 y 1,09 en el 2009, en los municipios con peor índice de necesidades básicas insatisfechas. En cuanto **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de mortalidad por agresiones inclusive secuelas, para todos los años, indican que la mayor mortalidad por este evento se presenta en los municipios con menor índice de necesidades básicas insatisfechas. En el **Índice de concentración**: se observa que, en los años 2009, 2010, 2011 y 2012, la curva de concentración se encuentra ligeramente a la izquierda de la diagonal de igualdad, indicando que la mayor mortalidad por agresiones, homicidios inclusive secuelas se presenta en los municipios con mayor NBI. (Ver Gráfico 11).

Grafico 11 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 25 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según NBI. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Índice de NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Eventos de intención no determinada	CT	0,027	0,022	0,006	0,011	0,732
	IRDA	-30,083	2,376	7,143	1,306	-2,75
	IC	-0,363	-0,136	-0,254	-0,044	-0,743

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

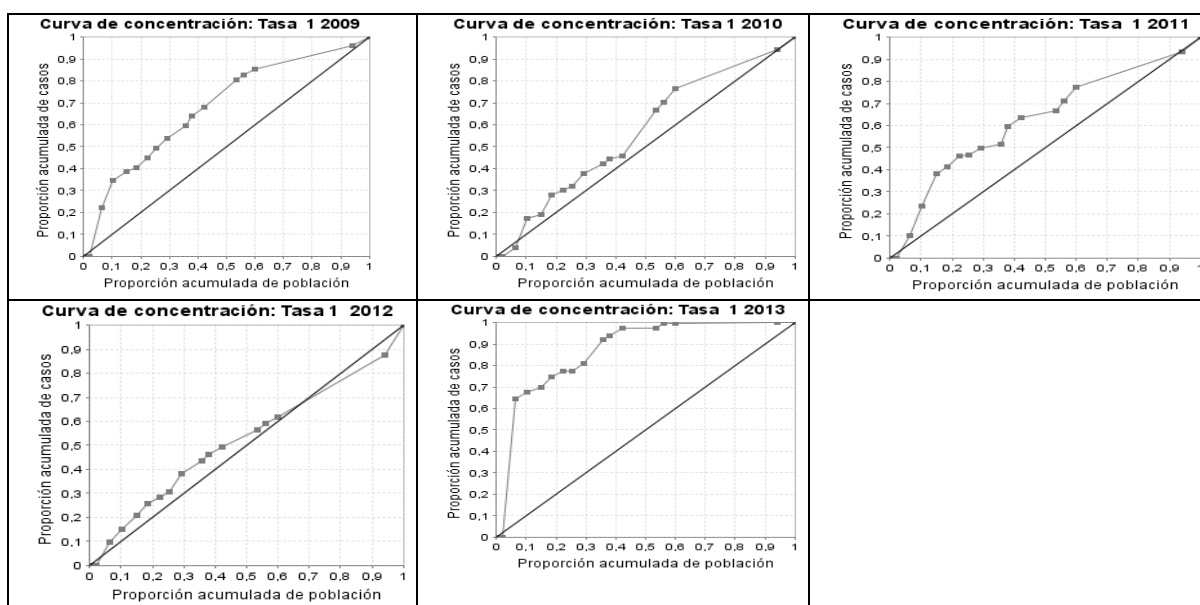
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

La medición de la desigualdad en la mortalidad por eventos de intención no determinada en hombres, muestra en el cociente de tasas extremas, que para este evento hubo ausencia de desigualdad. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado con las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada para todos los años objeto del estudio, revelan que la mortalidad por dicha enfermedad es más alta en los municipios con mayor NBI. Con respecto al **Índice de concentración** se observa en las gráficas que para todos los años 2009 a 2013, la curva de concentración se encuentra hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, lo que significa mayor mortalidad por eventos de intención no determinada en los municipios con mayor NBI (Ver Gráfico 12).

Gráfico 12 Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 26 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas, en mujeres según NBI. Cauca 2009-2013

Eventos de causa	NBI	2009	2010	2011	2012	2013
------------------	-----	------	------	------	------	------

externa		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	4,825	3,176	1,884	3,778	51,253
	IRDA	10,66	7,55	19,848	6,661	59,659
	IC	-0,452	-0,407	-0,509	-0,388	-0,56

CT: Cociente de tasas extremas

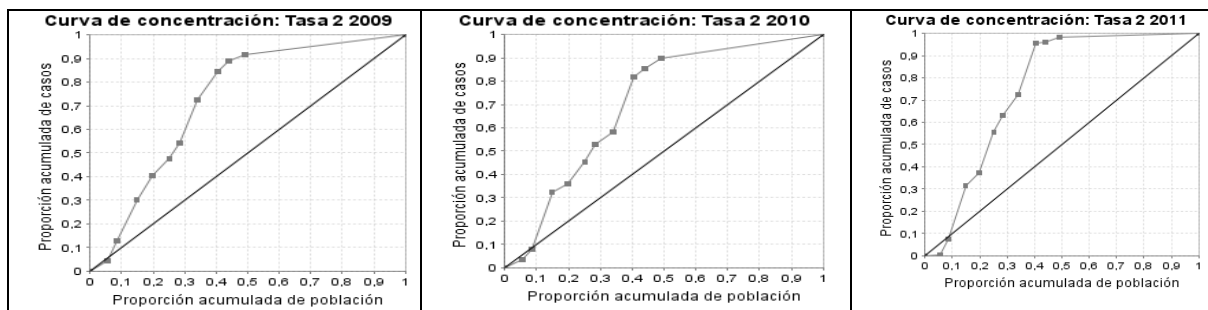
Fuente:

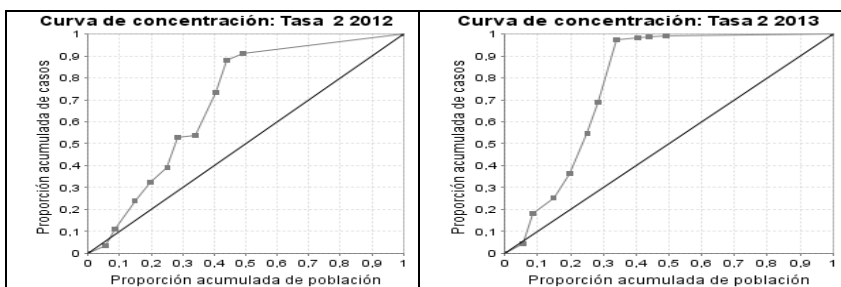
Epidat 4.1, IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

La medición de la desigualdad en la mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas, en mujeres, muestra en el cociente de tasas extremas, que para este evento hubo por 100.000 mujeres 51,25 veces más muertes en el 2013, 3,77 en el 2012, 1,88 en el 2011 y 3,17 en el 2010 y 4,82 en el 2009 en los municipios con mayor índice de necesidades insatisfechas. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 indican que la mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas se presenta en los municipios con mayor NBI. De igual manera el **Índice de concentración** para todos los años objeto del estudio, las curvas de concentración se alejan hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, indicando mayor mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas, en los municipios con mayor NBI (Ver. Grafico 13)

Grafico 13 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 27 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en mujeres según NBI. Cauca 2009-2013.

Eventos de causa externa	NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Lesiones autoinflingidas	CT	14,702	11,801	6,792	11,801	7,632
	IRDA	-3,962	-81,983	-4,107	-4,071	-3,922
	IC	-0,569	-0,345	-0,558	-0,561	-0,572

CT: Cociente de tasas extremas

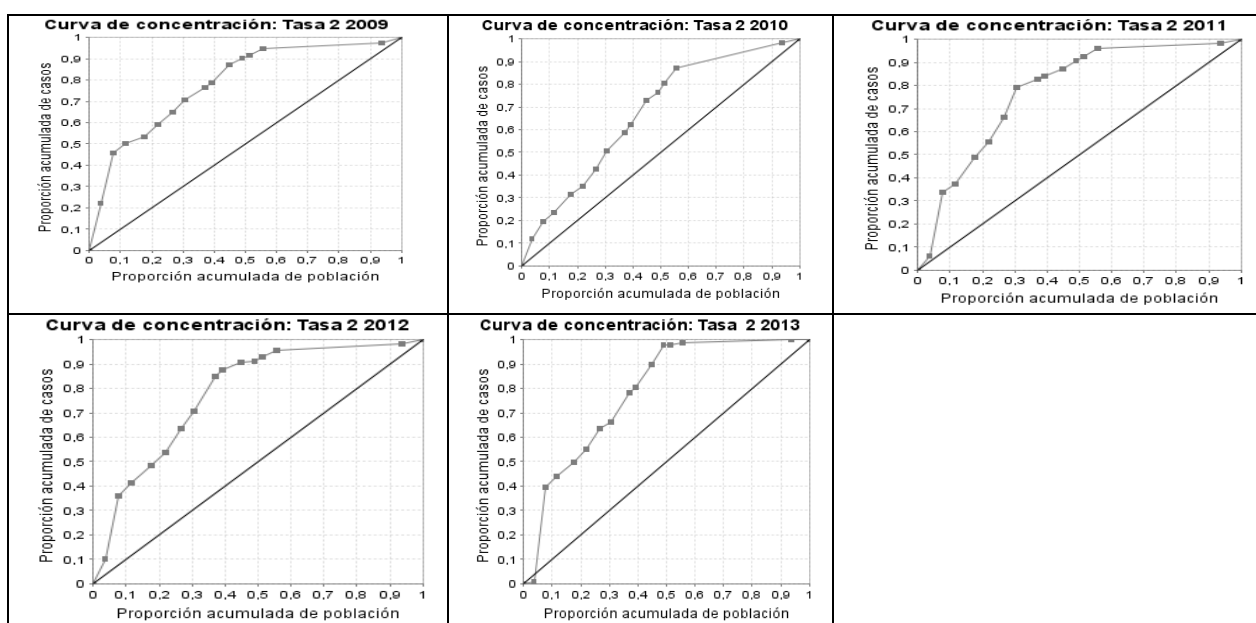
Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** se tiene que para este evento hubo por 100.000 mujeres 7,63 veces más muertes en el 2013, 11,80 en el 2012, 6,79 en el 2011, 11,80 en el 2010 y 14,70 en el 2009 en los municipios con mayor NBI. De igual forma el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013, indica que la mortalidad por éste evento es más alta en los municipios con mayor NBI. El **Índice de concentración** para los años 2009 a 2013, se observa que la curva de concentración está hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, sugiriendo que en los municipios con mayor NBI, se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas (Ver. Grafico 14)

Grafico 14 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 28 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa en mujeres según NBI. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	2,972	2,222	2,023	6,317	6,352
	IRDA	20,75	1,886	12,734	-38,29	-3,496
	IC	0,31	0,104	0,292	0,361	0,626

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

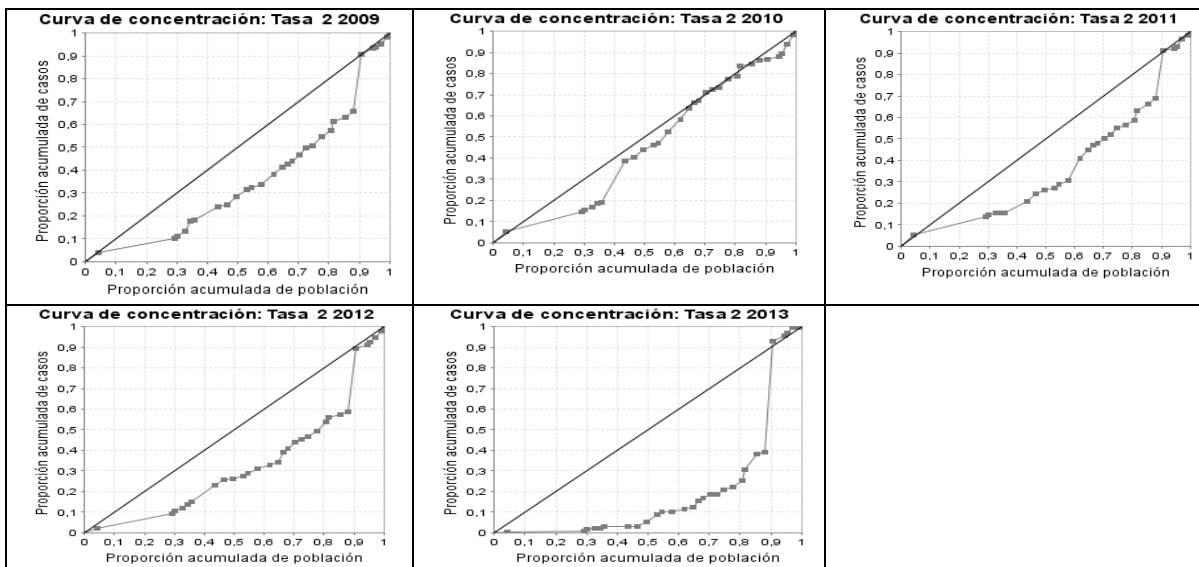
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** muestran que para este evento hubo por cada 100.000 mujeres, 6,35 veces más muertes en el 2013, 6,31 en el 2012, 2,02 en el 2011, 2,22 en el 2010 y 2,97 en el 2009, en los municipios con mayor NBI. Entre tanto para el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para el año 2009 fue de 20,75, revelando que la tasa de mortalidad por agresiones inclusive secuelas es más alta en los municipios con peor INB. Así mismo para los años 2010 y 2011 la tasa de mortalidad por éste evento es más alta en los municipios con peor NBI. Para los años 2012 y 2013 el IRDA fue de -38, 29 y - 3,49 respectivamente indicando que las tasas de mortalidad por agresiones inclusive secuelas son mayores en los municipios con peor NBI. Con respecto al **Índice de concentración** se observa que en los años 2009 al 2013, la curva de concentración se encuentra hacia la derecha de la diagonal de desigualdad, sugiriendo que la mayor mortalidad por agresiones, homicidios, secuelas se presentan en los municipios con menor NBI. (Ver. Grafico 15).

Grafico 15 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 29 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por eventos de intención no determinada, en mujeres según NBI. Cauca 2009-2013.

Eventos de causa externa	NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Eventos de intención no determinada	CT	0,542	0,031	0,188	0,302	0,595
	IRDA	-34,577	-10,343	-6,04	-65,569	-3,168
	IC	-0,358	-0,411	-0,475	-0,348	-0,663

CT: Cociente de tasas extremas

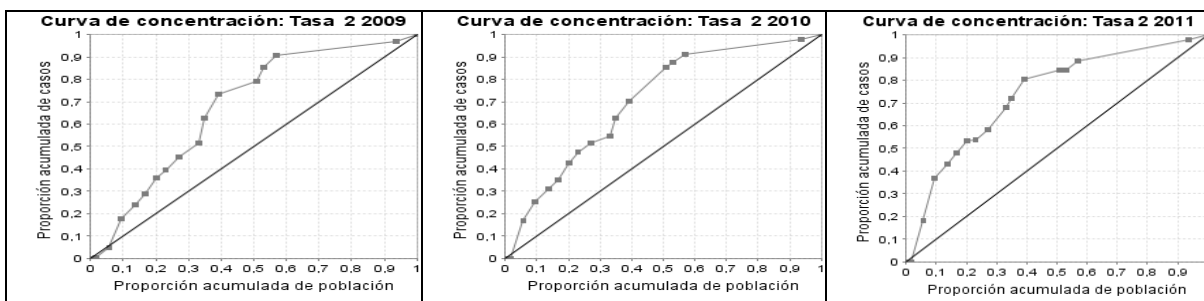
Fuente: Epidat 4.1

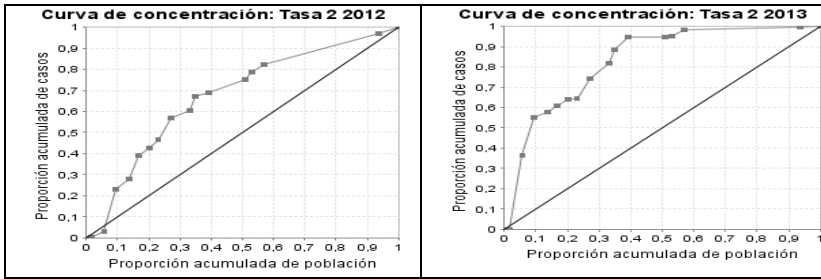
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Los resultados del **Cociente de tasas extremas** de la mortalidad por eventos de intención no determinada para los años 2009 a 2013, indican ausencia de desigualdad entre la mortalidad por este evento y el índice de necesidades básicas insatisfechas. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** en todo el período de estudio, revelan que la mortalidad por eventos de intención no determinada es más alta en los municipios con mayor NBI. En el mismo sentido el **Índice de concentración** para los años 2009 a 2013, se observa que la curva de concentración está a la izquierda de la diagonal de igualdad, lo que significa que en los municipios con mayor NBI, se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada. (Ver. Grafico 16).

Grafico 16 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración.





Fuente: Elaboración propia

Tabla 30 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Otros accidentes inclusive secuelas en hombres según condición socioeconómica. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Condición socioeconómica	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	11,164	2,694	16,14	5,801	7,32
	IRDA	4,412	2,726	-10,751	3,623	-11,938
	IC	-0,31	-0,218	-0,746	-0,276	-0,725

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

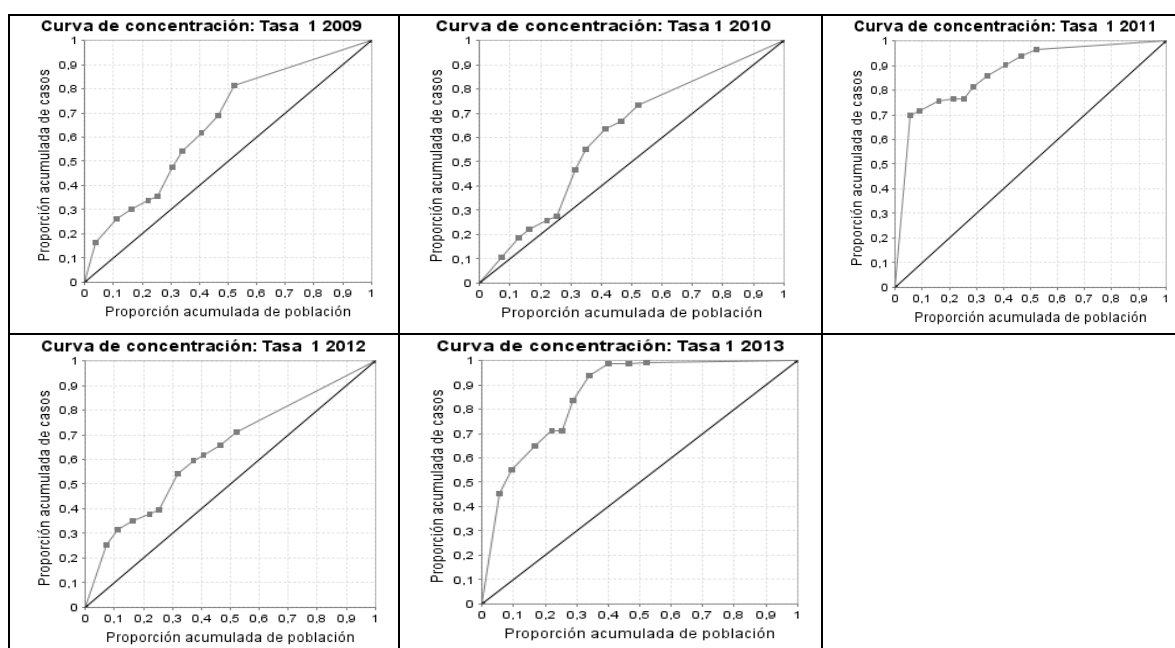
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Según los valores del **Cociente de tasas extremas** para otros accidentes inclusive secuelas en hombres, se tiene que para el año 2009 hubo 11,16 veces más muertes por 100.000 hombres, 2,69 en el 2010, 16,14 en el 2011, 5,80 en el 2012 y 7,32 en el 2013, en los municipios con peor condición socioeconómica,. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas para hombres en los años 2009, 2010, 2011,2012 y 2013 indican que la mortalidad por esta enfermedad es alta en los municipios con peor condición socio económica, y el **Índice de concentración** muestra que las curvas de concentración se encuentran hacia la izquierda de la diagonal de igualdad, sugiriendo mayor mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. (Ver. Grafico 17)

Grafico 17 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según condición socioeconómica. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 31 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según condición socioeconómica. Cauca 2009-2013

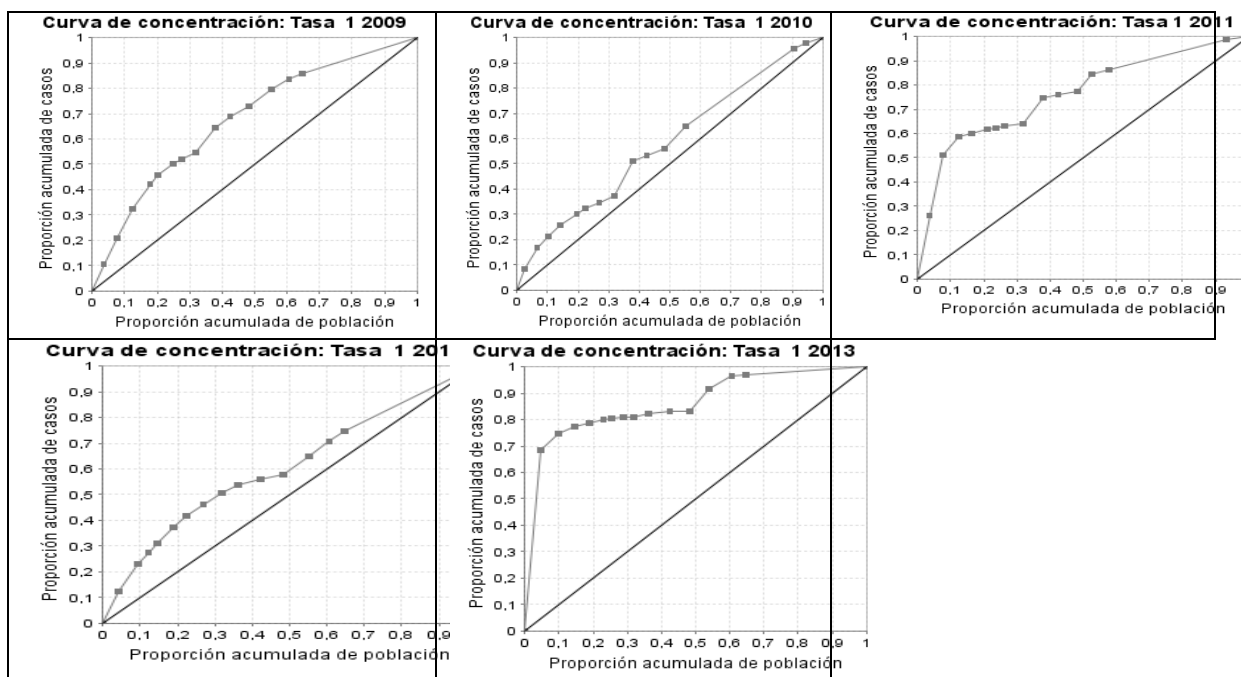
Eventos de causa externa	Condición socioeconómica	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Lesiones autoinflingidas	CT	7,602	9,694	35,256	4,153	164,586
	IRDA	7,537	2,864	-4,832	2,884	-6,775
	IC	-0,356	-0,161	-0,523	-0,212	-0,722

Fuente: Elaboración propia

Las lesiones autoinflingidas en hombres según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años la tasa de mortalidad es más alta en el municipio de Argelia donde se presenta peores condiciones socioeconómicas, comparada con el Municipio con mejores

condiciones socioeconómicas. Este valor en el año 2013 muestra que en Argelia la tasa de mortalidad por esta causa es 164.586 veces más alta que en Popayán. Por otro lado el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010 Y 2012 el IRD acotado revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas, fueron más altas en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas, comparada con los municipios que tienen mejores Condiciones Socioeconómicas; Mientras que para los años 2011 y 2013, el IRD acotado revelo un mayor incremento (- 4,83 y -,677) de la mortalidad por dicha causa en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. Respecto del **Índice de concentración** observamos que en todos los años la curva de concentración está por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con peores condiciones socioeconómicas se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas, que en los municipios que con mejores condiciones socioeconómicas. En general los datos se alejan de la diagonal evidenciando una mayor desigualdad sobre todo en esta última grafica correspondiente al año 2013 (Ver. Grafico 18).

Grafico 18 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según condiciones socioeconómicas. Índice de Concentración

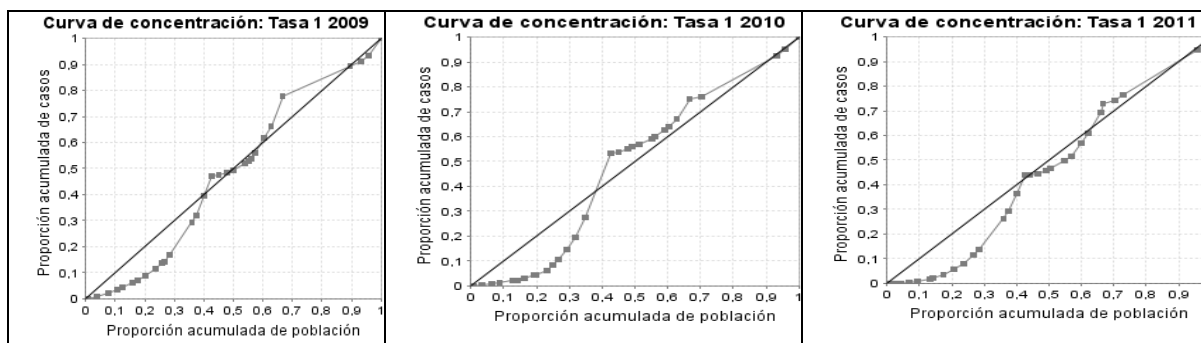


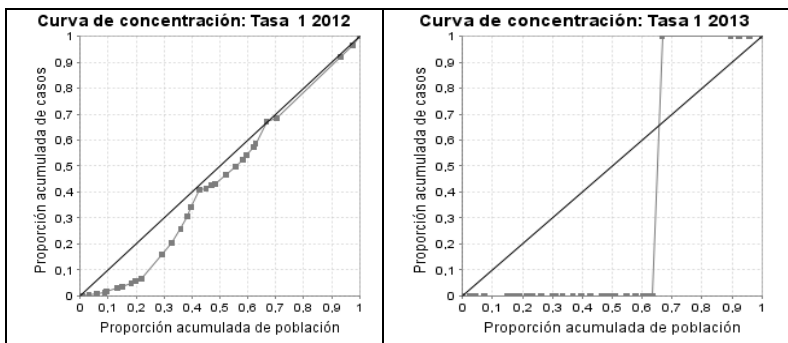
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres, registrados en la Tabla 11.

En las agresiones, homicidios y secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años, muestran que la tasa de mortalidad por dicho evento es más alta en el municipio (Argelia) con peores condiciones socioeconómicas, comparada con el Municipio (Popayán) con Mejores condiciones. En el año 2013 es donde se nota la mayor desigualdad, llegando a ser la mortalidad por agresiones 1.551,217 veces mayor en Argelia que en Popayán. En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 al 2013 en hombres revela que las tasas de mortalidad por agresiones inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas, comparada con los municipios que tienen mejores Condiciones Socioeconómicas. Con respecto al **Índice de concentración** se observa que en general en las curvas de concentración tienden a acercarse de la diagonal, sin embargo se observa que en todos los años, la curva de concentración está ligeramente por debajo de la diagonal lo que significa que en los municipios con mejores condiciones socioeconómicas se presentaron más muertes por agresiones inclusive secuelas, que en los municipios con peores condiciones socioeconómicas (Ver Gráfico 19).

Gráfico 19 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según condición socioeconómica. Índice de Concentración





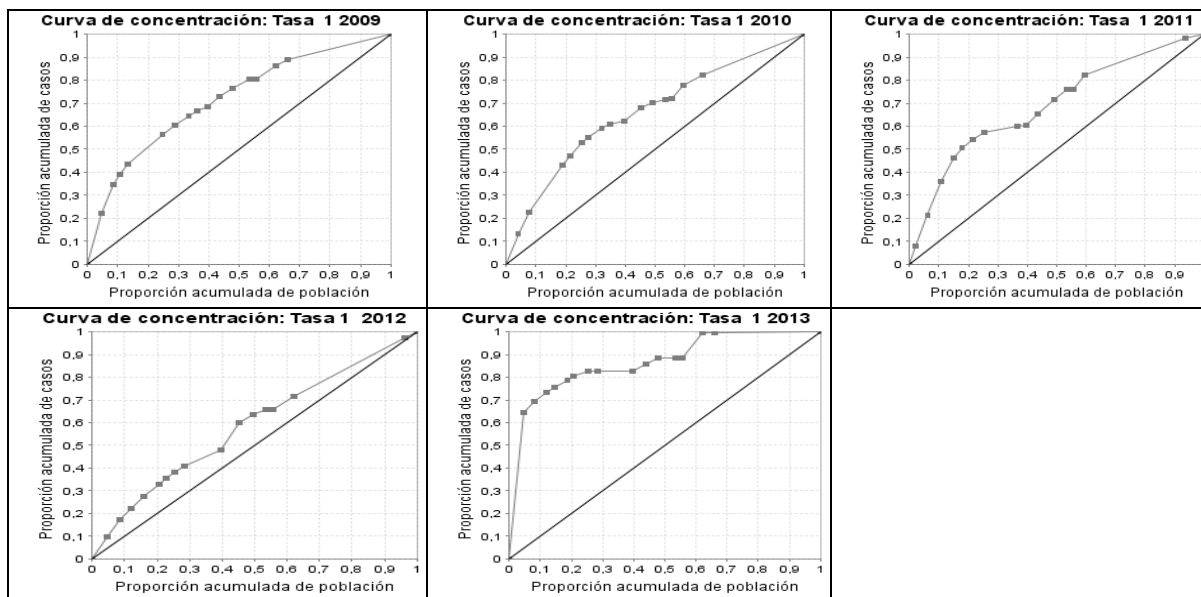
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Eventos de intención no determinada en hombres, registrados en la Tabla 11.

Los eventos de intención no determinada en hombres según el **Cociente de tasas extremas** en todos los años revela que la tasa de mortalidad por dicho evento es más alta en el municipio de Caldono donde se presenta la peor condición socioeconómica, comparada con el Municipio con mejor condición que es Popayán. Los cocientes muestran que la mortalidad por esta causa es entre 3,324 veces mayor en Caldono que en Popayán en el año 2012, donde de acuerdo a los cocientes el resultado de la diferencia es menos notorio, pero que en el año 2013 la tasa de mortalidad en hombres por eventos de intención no determinada en el municipio de Caldono es 2.301,900 veces mayor que en Popayán. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010 y 2012 el IRD acotado revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada fueron más altas en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas, comparada con los municipios que tienen mejores Condiciones Socioeconómicas; Así mismo para año 2011 y 2013, éste indicador revelo un mayor incremento (-20,52 y -6,16) de la mortalidad por eventos de intención no determinada en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. Con respecto al **Índice de concentración** las curvas indican que para los años 2009 a 2013, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas se

presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con mejores Condiciones socioeconómicas (Ver Gráfico 20).

Gráfico 20 Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según condición socioeconómica. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 32 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa según condición socioeconómica en mujeres. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Condición socioeconómica	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	16,955	19,207	106,496	24,941	125,384
	IRDA	11,196	18,769	-236,287	32,372	-145,445
	IC	-0,452	-0,407	-0,509	-0,388	-0,56
Lesiones autoinflingidas	CT	87,977	11,518	100,831	80,65	140,407
	IRDA	-18,089	6,077	-14,44	-28,77	-20,236
	IC	-0,587	-0,338	-0,608	-0,556	-0,577
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	36,789	7,765	31,186	39,781	42,993
	IRDA	28,58	6,23	39,648	-16,35	-5,673
	IC	-0,086	-0,065	-0,001	-0,166	-0,097
Eventos de intención no determinada	CT	32,701	22,956	20,59	13,504	214,064
	IRDA	20,473	45,476	22,205	26,532	-8,651
	IC	-0,442	-0,473	-0,446	-0,455	-0,676

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

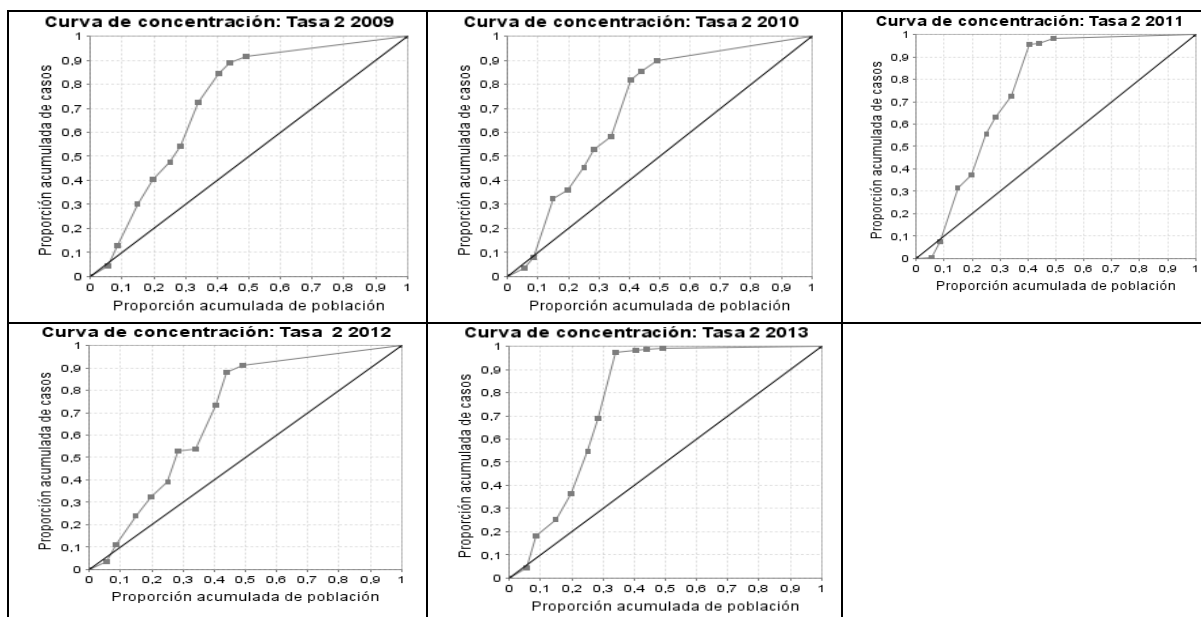
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 32.

Los otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** muestra que en todos los años la tasa de mortalidad por éste evento es más alta en el

municipio de Guapi donde se presenta la peor condición socioeconómica, comparada con el Municipio con mejor condición que es Popayán. Los cocientes en los años analizados más altos se alcanzan en 2011 y 2013 mostrando que la mortalidad por esta causa es respectivamente 106,496 y 125,384 veces mayor en Guapi que en Popayán. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** revelan que las tasas de Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en los años 2009 a 2013 indican que la mortalidad por esta enfermedad es alta en los municipios con peor condición socio económica. El **Índice de concentración** para las mujeres al igual que en la población masculina, en general las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva está por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con peores condiciones socioeconómicas se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con mejores condiciones socioeconómicas. (Ver. Grafico 21)

Grafico 21 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según condición socioeconómica. Índice de Concentración

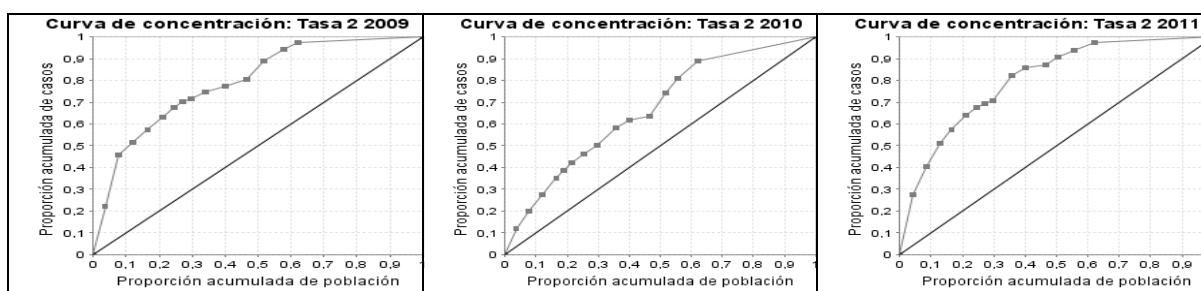


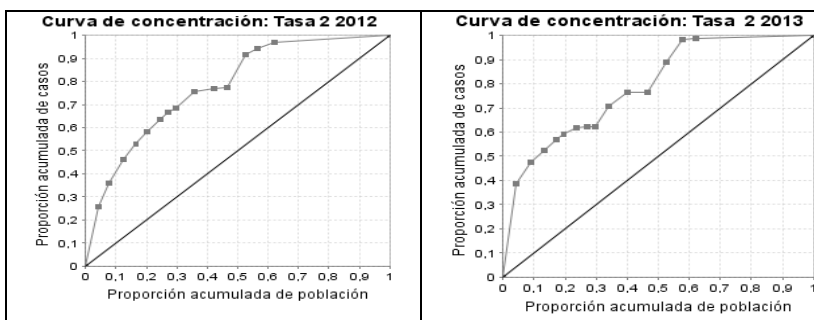
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por lesiones autoinflingidas en Mujeres, registrados en la Tabla 12.

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio de Argelia donde se presenta peores condiciones socioeconómicas, comparada con el Municipio con mejores condiciones socioeconómicas. Este valor en el año 2013 muestra que en Argelia la tasa de mortalidad por esta causa es 140,407 veces más alta que en Popayán. Respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado**: para los años 2009 al 2013 revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas en mujeres, fueron más altas en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas, comparada con los municipios que tienen mejores Condiciones Socioeconómicas; así mismo para el año 2010. este indicador revelo un mayor incremento de la mortalidad por dicha causa en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. En el **Índice de concentración** se evidencia que en todos los años la curva de concentración está por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con peores condiciones socioeconómicas se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas, que en los municipios que con mejores condiciones socioeconómicas. En general los datos se alejan de la diagonal evidenciando una mayor desigualdad (Ver. Grafico 22)

Grafico 22 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según condición socioeconómica. Índice de Concentración



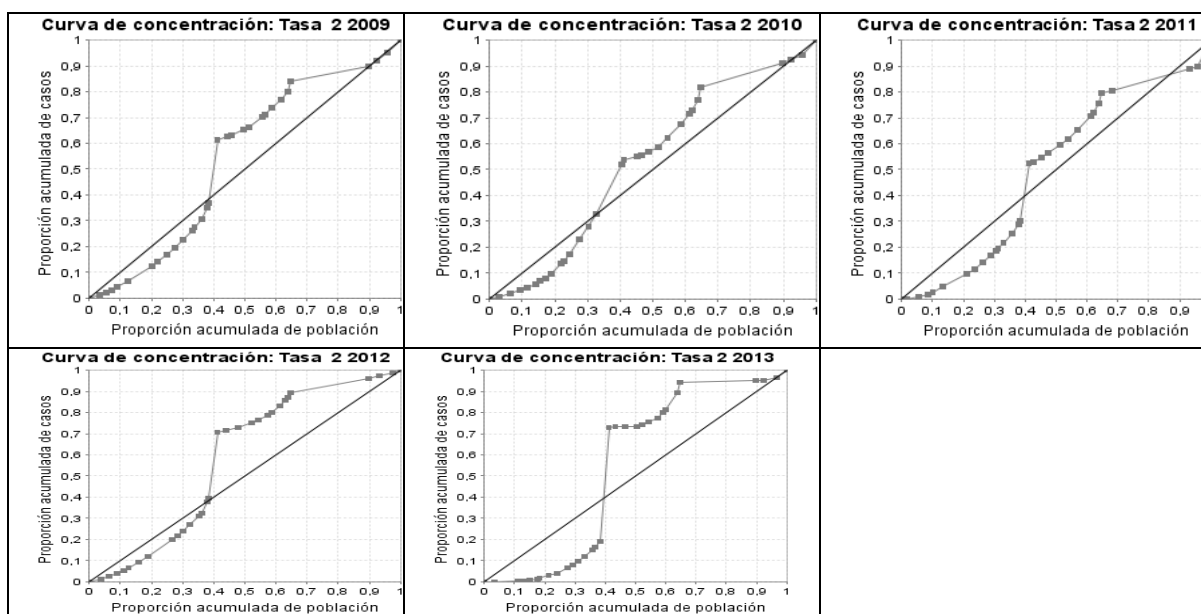


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 12.

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años la tasa de mortalidad por éste evento es mayor en el municipio con la condición socioeconómica más deficiente (Argelia) respecto al que tiene mejor condición socioeconómica (Popayán). En el año 2013 es donde se nota la mayor desigualdad, llegando a ser la mortalidad por agresiones 42,993 veces mayor en Argelia que en Popayán. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 y 2011 fue de 28,58 y 39,64 respectivamente, indicando altas tasas de mortalidad por dicha enfermedad en los municipios con peores condiciones socioeconómicas, así mismo para el año 2012 el IRDA revela que las tasas de mortalidad por agresiones fueron un poco más altas en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas. Para los años 2012 y 2013 el IRDA revelo un mayor incremento (-16,35 y - 5, 67) de la mortalidad por dicha causa en los municipios con peores condiciones. Entre tanto el **Índice de concentración** para el periodo de estudio en general las curvas de concentración están ligeramente por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con peores condiciones socioeconómicas se presentaron más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con mejores condiciones socioeconómicas (Ver. Grafico 23).

Grafico 23 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según condición socioeconómica. Índice de Concentración.



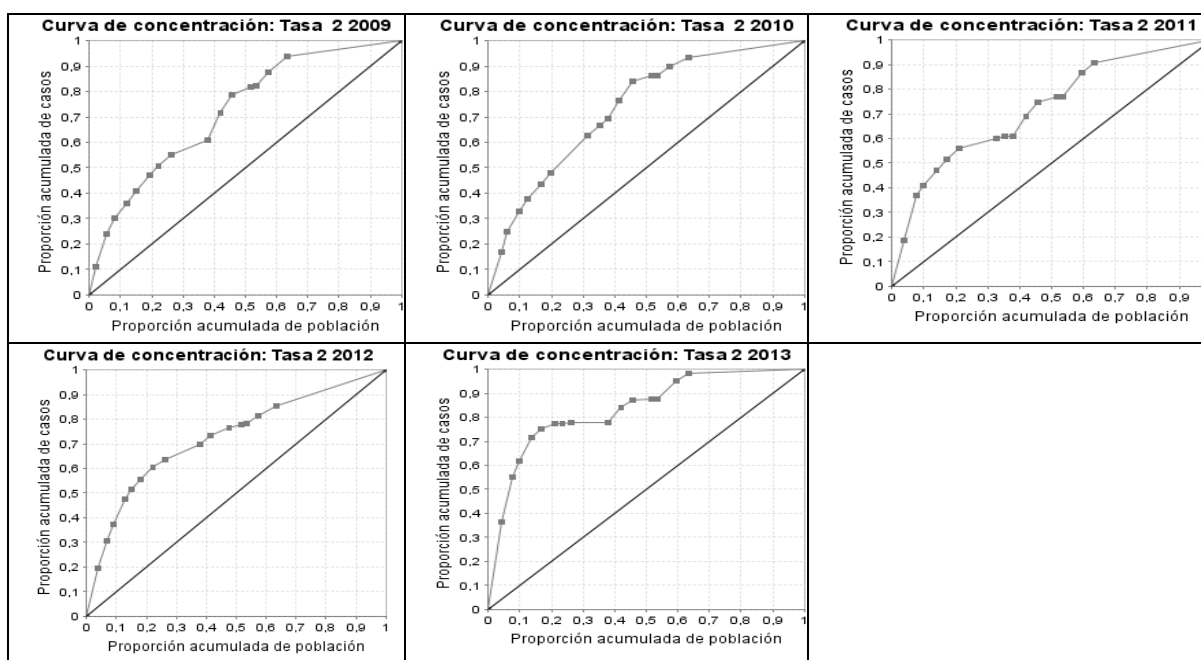
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por eventos de intención no determinada en Mujeres, registrados en la Tabla 12.

Los eventos de intención no determinada en mujeres según los resultados del **Cociente de tasas extremas** se encuentra que en todos los años la tasa de mortalidad es más alta en el municipio de Caldono donde se presenta la peor condición socioeconómica, comparada con el Municipio con mejor condición que es Popayán. El cociente más alto en los años analizados, que demuestra mayor desigualdad se alcanza en 2013 mostrando que la mortalidad por eventos de intención no determinada es 214,064 veces mayor en Caldono que en Popayán. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para el periodo 2009 al 2012 revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada fueron más altas en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas, comparada con los municipios que tienen mejores Condiciones Socioeconómicas; Así mismo para año

2013, éste indicador revelo un mayor incremento (-8,65) de la mortalidad por éste evento en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. Entre tanto el **Índice de concentración** al igual que en la población masculina, en la población femenina se observa que para los años 2009 a 2013, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con peores Condiciones Socioeconómicas se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con mejores Condiciones socioeconómicas. Así mismo para el último año la curva se aleja más de la diagonal evidenciándose mayor desigualdad (Ver. Grafico 24).

Grafico 24 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según condiciones socioeconómicas. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 33 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según ruralidad. Cauca 2009-2013

Eventos de causa	Ruralidad	2009	2010	2011	2012	2013
------------------	-----------	------	------	------	------	------

externa		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	1,023	0,404	1,062	3,745	0,057
	IRDA	0,463	0,505	-0,164	0,387	-0,21
	IC	-0,351	-0,31	-0,59	-0,234	-0,615
Lesiones autoinflingidas	CT	2,134	9,694	5,102	2,217	40,056
	IRDA	4,038	1,368	44,182	4,871	4,429
	IC	-0,271	-0,052	-0,323	-0,223	-0,213
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	11,038	15,870	7,281	7,050	30,804
	IRDA	1,708	0,765	1,121	0,98	0,764
	IC	-0,088	0,045	-0,019	0,003	0,045
Eventos de intención no determinada	CT	5,666	4,794	2,357	2,922	18,600
	IRDA	3,418	2,967	47,473	1,899	9,467
	IC	-0,241	-0,216	-0,344	-0,109	-0,289

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

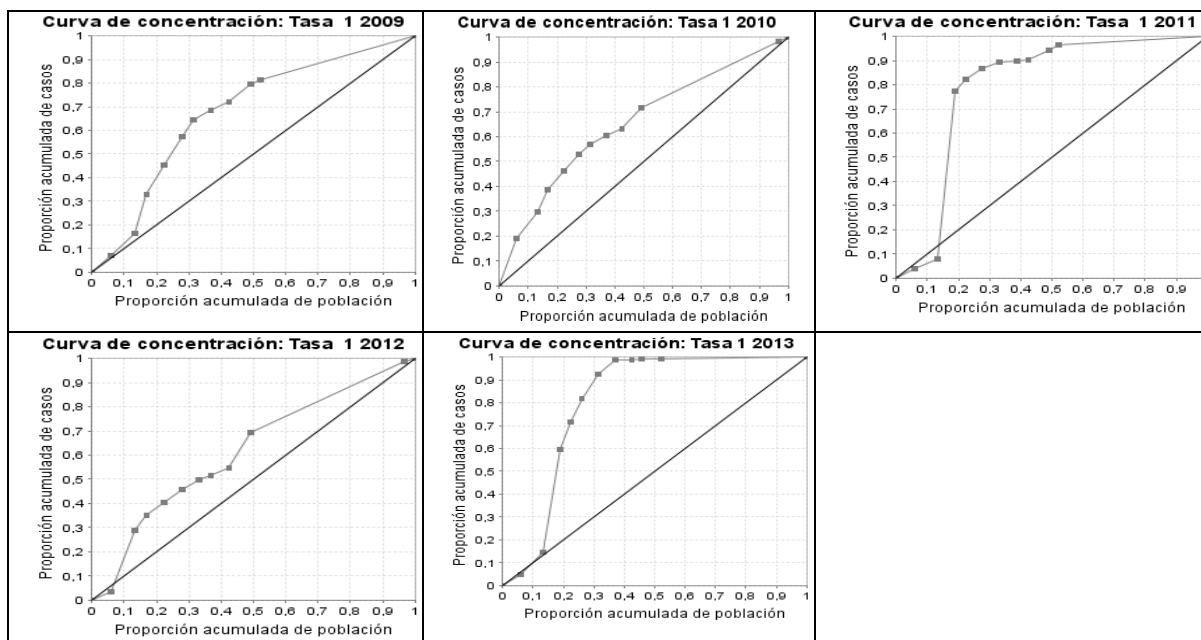
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Otros accidentes inclusive secuelas en hombres, registrados en la Tabla 33.

Con respecto a otros accidentes inclusive secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** la Tasa de mortalidad es 1,023 veces más alta en el municipio rural (Timbío), comparada con el Municipio Urbano (Popayán) en el año 2009. Este valor desciende para los años 2010 y 2013 con resultado menor de 1 indicando ausencia de desigualdad a expensas de los municipios rurales en esos años. El cociente incrementa indicando que para 2011 y 2012 la mortalidad por esta causa en hombres es 1,062 y 3,745 veces mayor en Timbío que en Popayán. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad**

Acotado para los años 2009, 2010 y 2012 evidencia que la morbilidad se presenta en los municipios con mejores condiciones socioeconómicas, a diferencia de los años 2011 y 2013 los cuales indican que la mortalidad por este evento es alta en los municipios con peor condición socioeconómica. Mientras tanto el **Índice de concentración** para los años 2009 a 2013 las curvas presentan tendencia negativa y están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios rurales se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios urbanos. (Ver. Grafico 25)

Grafico 25 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según ruralidad. Índice de Concentración



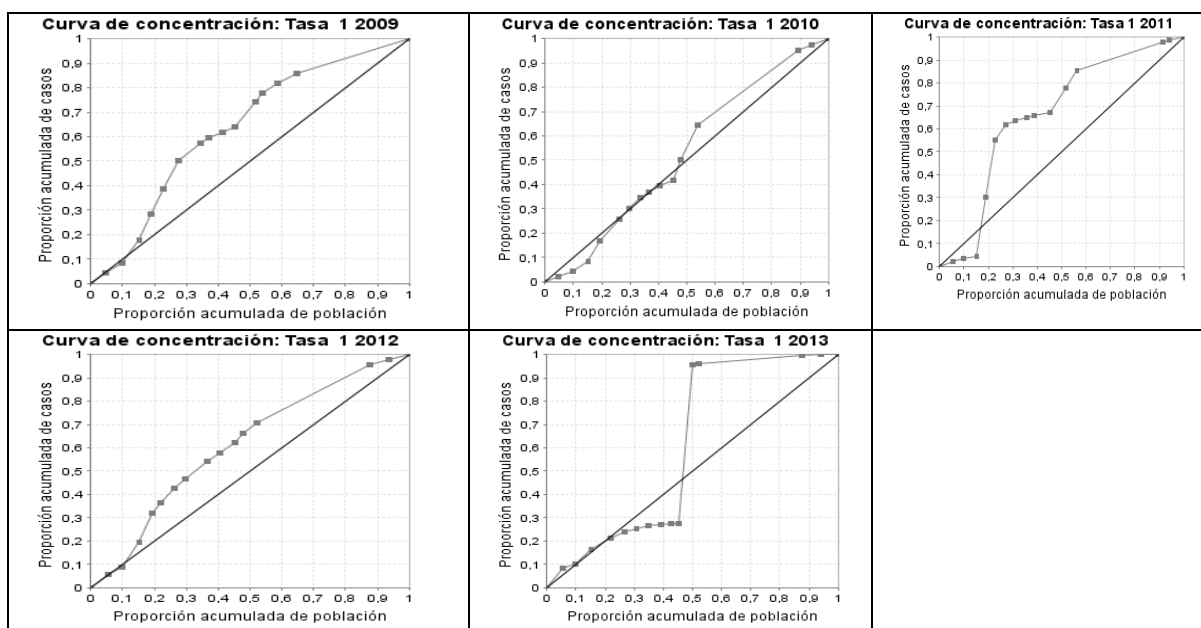
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Lesiones autoinflingidas y secuelas en hombres, registrados en el cuadro 33.

Las lesiones autoinflingidas en hombres según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados es más alta en el

municipio de Timbío con condición eminentemente rural, comparada con el Municipio de Popayán que es eminentemente urbano. La mortalidad llega a ser 40,056 veces mayor en Timbío que en Popayán en el año 2013. Por otro lado el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 al 2013 revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas, fueron más altas en los municipios rurales, comparada con los municipios urbanos. Para el año 2011 el IRD evidencia una alta mortalidad por lesiones autoinflingidas, en los municipios rurales. Respecto del **Índice de concentración** observamos que en todos los años la curva de concentración está por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios rurales se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas, que en los municipios urbanos. (Ver. Grafico 26).

Grafico 26 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según ruralidad. Índice de Concentración

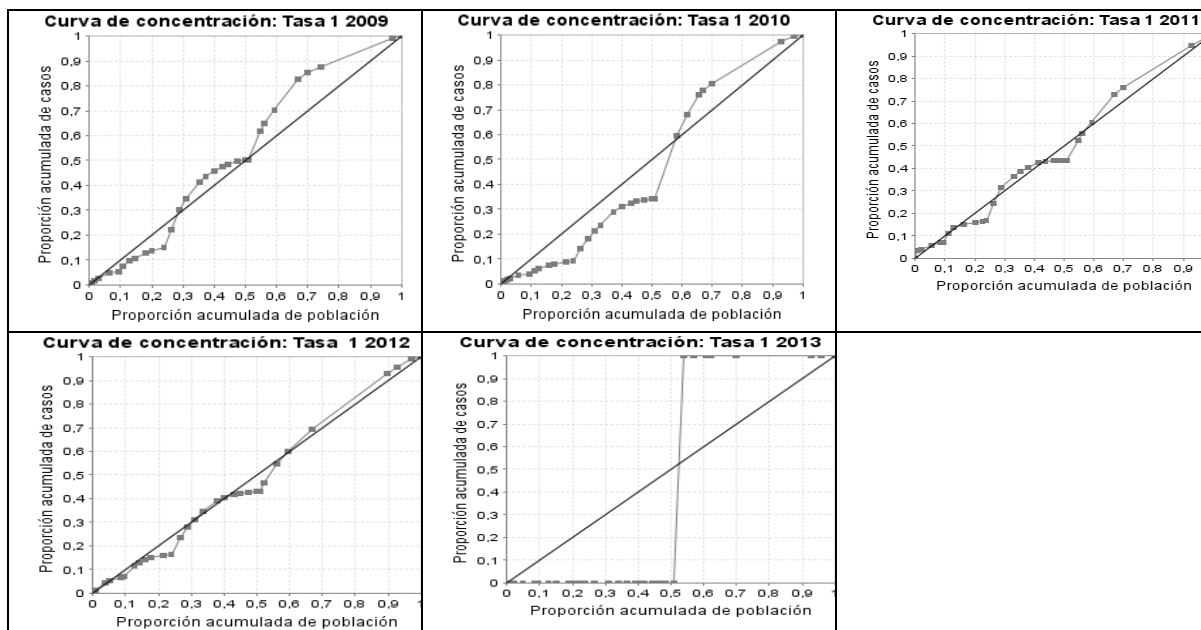


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres, registrados en la Tabla 33.

En las agresiones, homicidios y secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad en hombres por este evento en todos los años analizados es más alta en el municipio de Rosas con condición rural, comparada con el Municipio de Puerto tejada que es eminentemente urbano. La mortalidad llega a ser 30,804 veces mayor en Rosas que en Puerto tejada en el año 2013. En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 y 2011 revela que las tasas de mortalidad por agresiones inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios rurales, comparada con los municipios que son urbanos. Para los años 2010, 2012 y 2013 el IRD acotado es menor a uno (0,76, 0,98, 0,76) revelando mayor tasa de morbilidad por agresiones en los municipios urbanos. Con respecto al **Índice de concentración** para los años 2009 y 2011 la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios rurales, se presentan más muertes por agresiones inclusive secuelas, que en los municipios urbanos. Contrario a esto las curvas de concentración para los años 2010, 2012y 2013 muestran una mayor mortalidad por esta causa en los municipios urbanos (Ver Gráfico 27).

Gráfico 27 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según ruralidad. Índice de Concentración

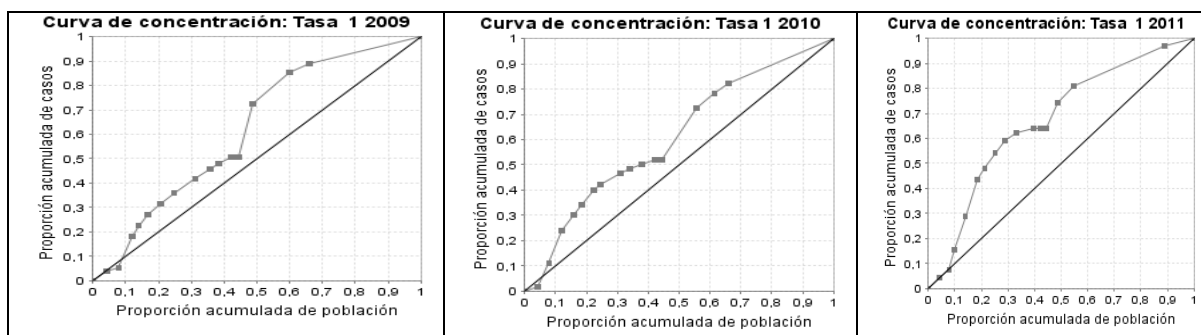


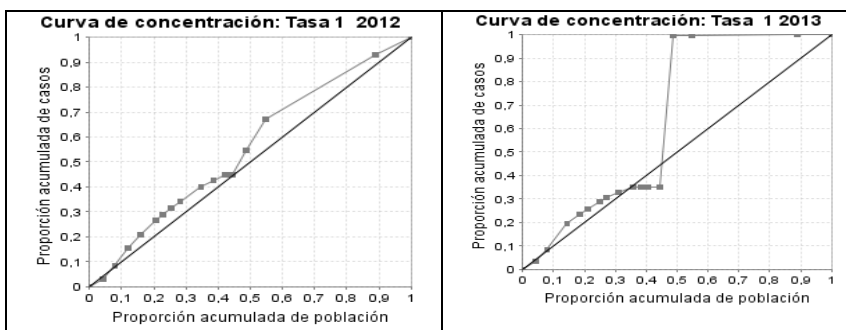
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Eventos de intención no determinada en hombres, registrados en la Tabla 33.

Los eventos de intención no determinada en hombres según el **Cociente de tasas extremas**, evidencia que la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados, es más alta en el municipio de Morales con condición rural, comparada con el Municipio de Popayán que es eminentemente urbano. La mortalidad llega a ser 18,600 veces mayor en Morales que en Popayán en el año 2013. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 al 2013 revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada, fueron más altas en los municipios rurales, comparada con los municipios que son urbanos. Con respecto al **Índice de concentración** se observa que en todos los años la curva de concentración está por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios netamente rurales, se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios que son eminentemente urbanos (Ver Gráfico 28).

Gráfico 28 Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según ruralidad. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 34 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa según ruralidad en mujeres. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Ruralidad	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	0,607	3,89	2,278	24,434	0,858
	IRDA	-0,096	-0,06	-0,172	-0,105	-0,158
	IC	-0,508	-0,397	-0,531	-0,37	-0,65
Lesiones autoinflingidas	CT	8,227	2,197	10,946	80,65	5,165
	IRDA	12,665	-41,011	6,471	6,245	-12,409
	IC	-0,417	-0,353	-0,347	-0,343	-0,396
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	9,314	3,923	31,186	39,781	27,685
	IRDA	3,311	4,274	2,377	2,286	3,945
	IC	-0,218	-0,211	-0,163	-0,156	-0,244
Eventos de intención no determinada	CT	0,427	2,3	2,3	1,787	6,016
	IRDA	-199,003	9,016	16,252	12,937	-6,846
	IC	-0,506	-0,38	-0,429	-0,413	-0,487

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

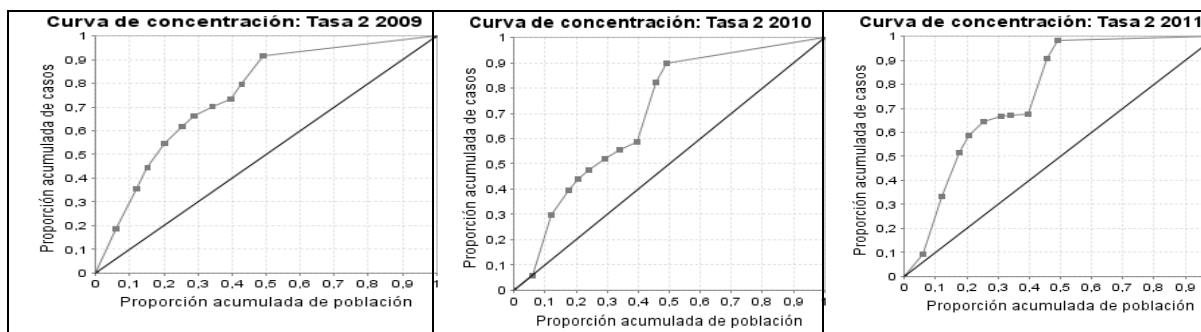
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

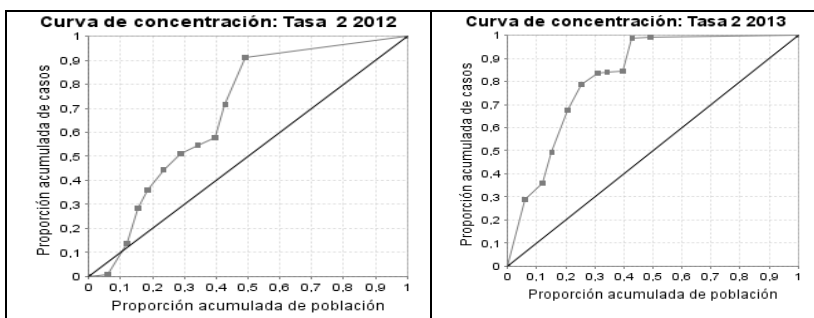
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 34.

Los otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** para los años 2010, 2011, 2012 la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio de Morales con condición rural, comparada con el Municipio de Popayán que es eminentemente urbano. La mortalidad por esta causa llega a ser 24,434 veces mayor en Morales que en Popayán en el año 2012. Se observa que en los años 2009 y 2013 el coeficiente de tasas es menor a 1 indicando que no se observa desigualdad a expensas de los municipios rurales. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2012 en mujeres evidencia que la morbilidad por accidentes inclusive secuelas se presenta en los municipios con peor condición socio económico. Entre tanto el **Índice de concentración** para las mujeres en los años 2009 a 2013, muestra que las curvas de concentración presentan tendencia negativa y están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios rurales se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios urbanos. Así mismo en general las curvas de concentración tienden alejarse de la diagonal, evidenciando mayor desigualdad (Ver. Grafico 29).

Grafico 29 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según ruralidad. Índice de Concentración



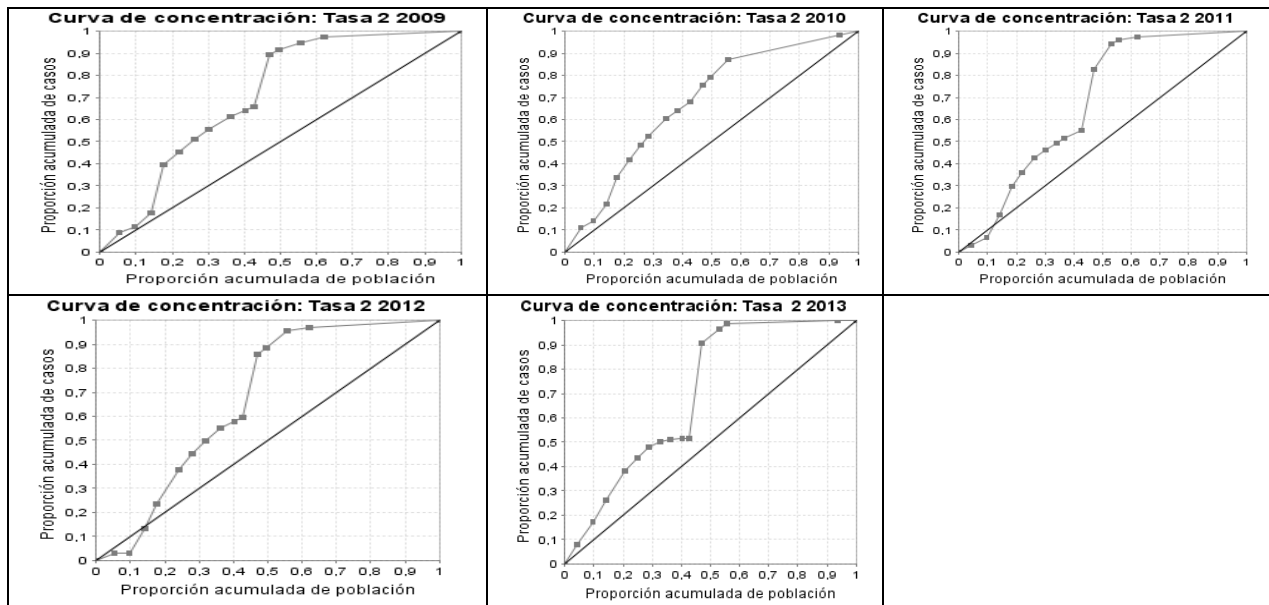


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por lesiones autoinflingidas en Mujeres, registrados en la Tabla 34.

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas**: se tiene que la tasa de mortalidad por dichos eventos es más alta en el municipio de Morales con condición rural, comparada con el Municipio de Popayán que es eminentemente urbano. La mortalidad por esta causa llega a ser 80,650 veces mayor en Morales que en Popayán en el año 2012. Respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2011 y 2012 revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas en mujeres, fueron más altas en los municipios rurales, comparada con los municipios que son urbanos. En los años 2010 y 2013 el IRD acotado, presento un incremento mayor en los municipios rurales. Entre tanto en el **Índice de concentración** se observa que en todos los años la curva de concentración está por encima de la diagonal y una tendencia negativa, lo que significa que en los municipios rurales se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas, que en los municipios urbanos (Ver. Grafico 30)

Grafico 30 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según ruralidad. Índice de Concentración

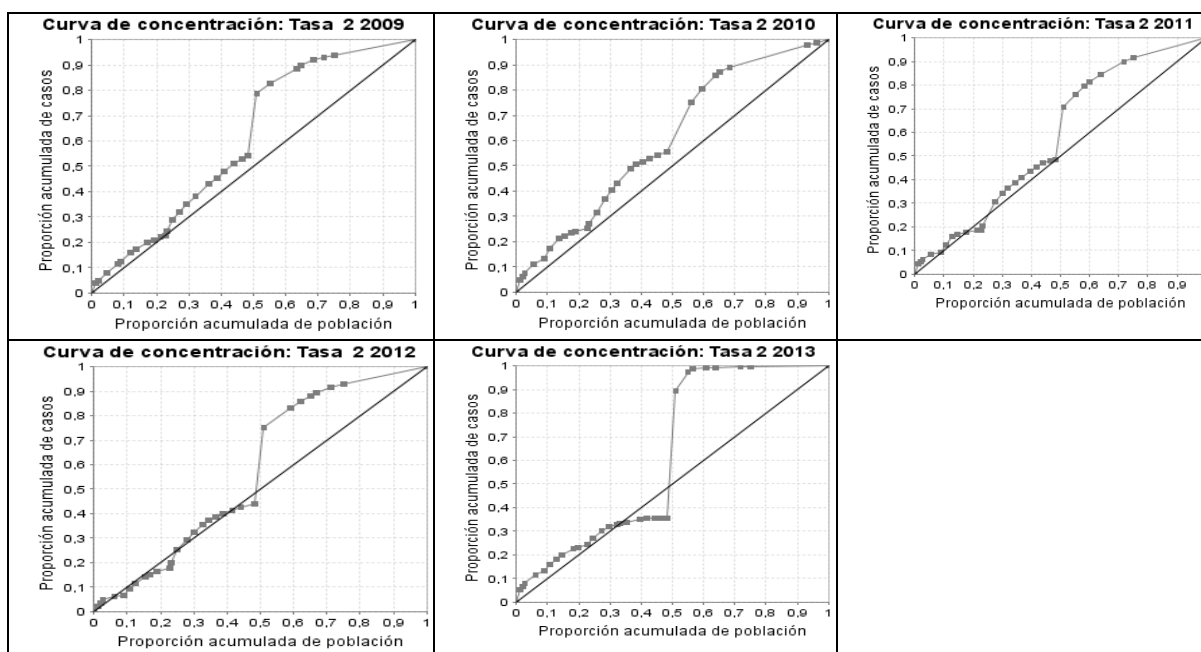


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 34.

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** se tiene que la tasa de mortalidad es más alta en el municipio de Rosas con condición rural, comparada con el Municipio de Puerto Tejada que es eminentemente urbano. La mortalidad por esta causa llega a ser 39,781 veces mayor en Rosas que en Puerto teja en el año 2012. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 al 2013, indica que las tasas de mortalidad por agresiones inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios rurales, comparada con los municipios que son urbanos. Entre tanto el **Índice de concentración** en los años 2009 a 2013 muestra que la curva de concentración se encuentra ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios rurales, se presentan más muertes por agresiones inclusive secuelas, que en los municipios urbanos (Ver. Grafico 31).

Grafico 31 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según ruralidad. Índice de Concentración



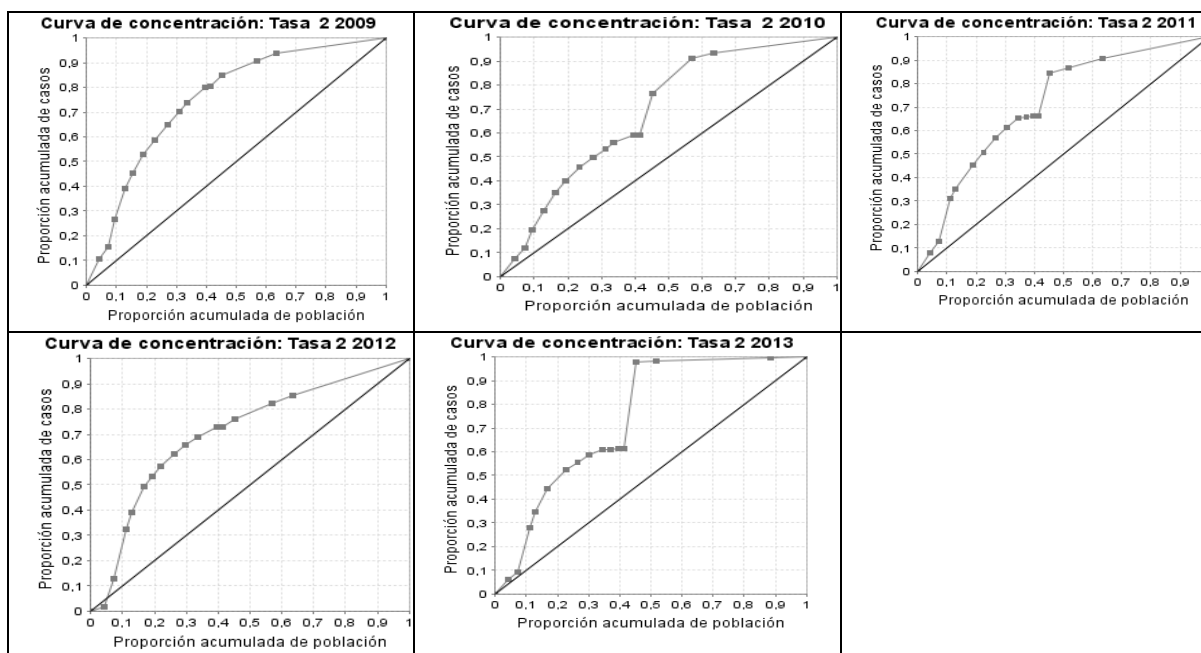
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por eventos de intención no determinada en Mujeres, registrados en la Tabla 34.

Los eventos de intención no determinada en mujeres según los resultados del **Cociente de tasas extremas** para los años 2010 a 2013 muestra que la tasa de mortalidad por estos eventos es más alta en el municipio de Morales con condición rural, comparada con el Municipio de Popayán que es eminentemente urbano. Excepto en el año 2009 donde se evidencia ausencia de relación entre la mortalidad por dicho evento y la ruralidad. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2010, 2011 y 2012 revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada, fueron más altas en los municipios rurales, comparada con los municipios que son urbanos. Para los años 2009 y 2013 el IRD incrementó (- 199, 00 y - 6,84) indicando que la tasa de mortalidad por ésta causa es mayor en los municipios rurales. Entre tanto en el **Índice de concentración** se puede observar que en todos los años la curva de concentración está por encima de la

diagonal, indicando que las muertes por eventos de intención no determinada, se presentan más en los municipios rurales, que en los municipios que son eminentemente urbanos. En general la curva se aleja de la diagonal evidenciando una mayor desigualdad (Ver. Grafico 32).

Grafico 32 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según ruralidad. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 35 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	D. Vivienda Cuantitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	0,509	5,602	0,748	0,596	0,402
	IRDA	0,02	1,044	-4,954	0,18	2,818
	IC	0,303	-0,007	-0,471	0,219	-0,149

Lesiones autoinflingidas	CT	2,361	5,058	7,074	0,967	5,891
	IRDA	1,63	2,177	9,14	0,993	-0,143
	IC	-0,081	-0,125	-0,272	0,001	0,453
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	1,359	1,009	0,381	1,679	0,044
	IRDA	0,585	0,306	0,544	0,825	-0,255
	IC	0,089	0,181	0,101	0,033	0,582
Eventos de intención no determinada	CT	51,569	31,106	48,206	37,123	109,914
	IRDA	0,806	0,797	1,318	0,937	0,592
	IC	0,036	0,038	-0,046	0,011	0,086

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

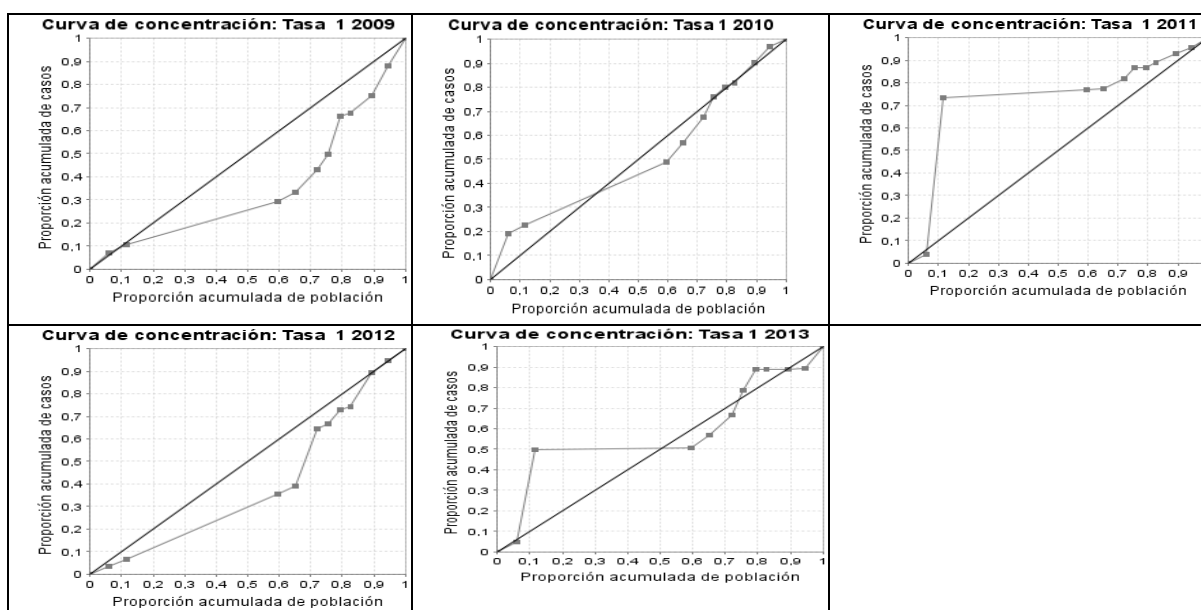
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Otros accidentes inclusive secuelas en hombres, registrados en la Tabla 35.

Con respecto a otros accidentes inclusive secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** La tasa de mortalidad es 5,602 veces más alta en el municipio con déficit de vivienda cuantitativo más alto (Timbío), comparado con el Municipio que presenta un déficit de vivienda cuantitativo más bajo (Toribio), en el año 2010. El índice muestra valores menores que uno en los demás años analizados, indicando que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con alto déficit de vivienda. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de mortalidad por accidentes e inclusive secuelas en los años 2009, 2010 y 2012 fueron menor que 1 indicando mayor mortalidad por agresiones inclusive secuelas en los municipios con menor déficit de vivienda. En el año 2011 se presentó un IRD acotado de (-4,954) lo que evidencia que se presentó en los municipios con peor déficit de vivienda. Mientras tanto el **Índice de**

concentración en general para los años 2009 a 2013 revela que las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayores déficit de vivienda cuantitativo se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo déficit de vivienda (Ver. Grafico 33).

Grafico 33 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración



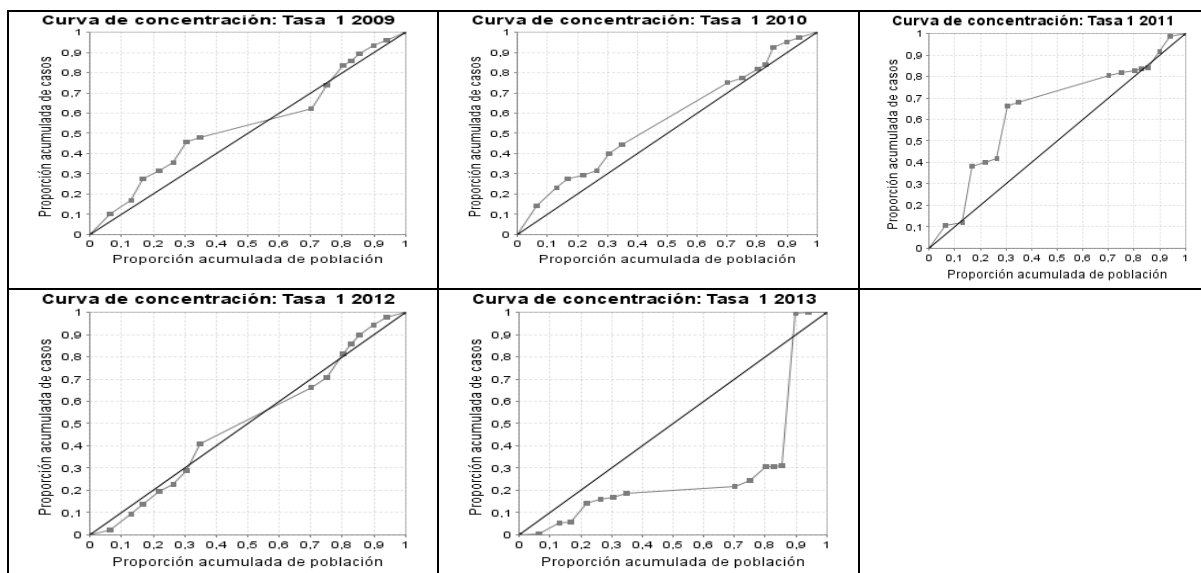
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Lesiones autoinflingidas y secuelas en hombres, registrados en la Tabla 35.

Las lesiones autoinflingidas en hombres según los valores del **Cociente de tasas extremas** muestra que la tasa de mortalidad por estos eventos en todos los años, es mayor en el municipio con mayor déficit de vivienda cuantitativo (Bolívar) que en el municipio con menor déficit de vivienda cuantitativo (Puerto tejada), excepto en el año 2012 en donde el coeficiente de tasas extremas es menor 1 indicando ausencia de desigualdad a expensas de

los municipios con alto déficit de vivienda para el año 2012. Por otro lado el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2012 revelan que se presenta una mayor mortalidad lesiones autoinflingidas en los municipios con mayor déficit de vivienda cuantitativo. Por otro lado el IRD acotado para el año 2013, evidencia un incremento (-0,14) lo que significa una mayor mortalidad por dicha causa en los municipios con mayor déficit de vivienda. Respecto del **Índice de concentración** se observa que para los años 2009, 2010 Y 2011 la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con mayor Déficit de vivienda cuantitativo se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas. Contrariamente para los años 2012 y 2013 la curva presento una tendencia positiva evidenciando una mortalidad mayor en los municipios con menor Déficit de vivienda. (Ver. Grafico 34).

Grafico 34 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración

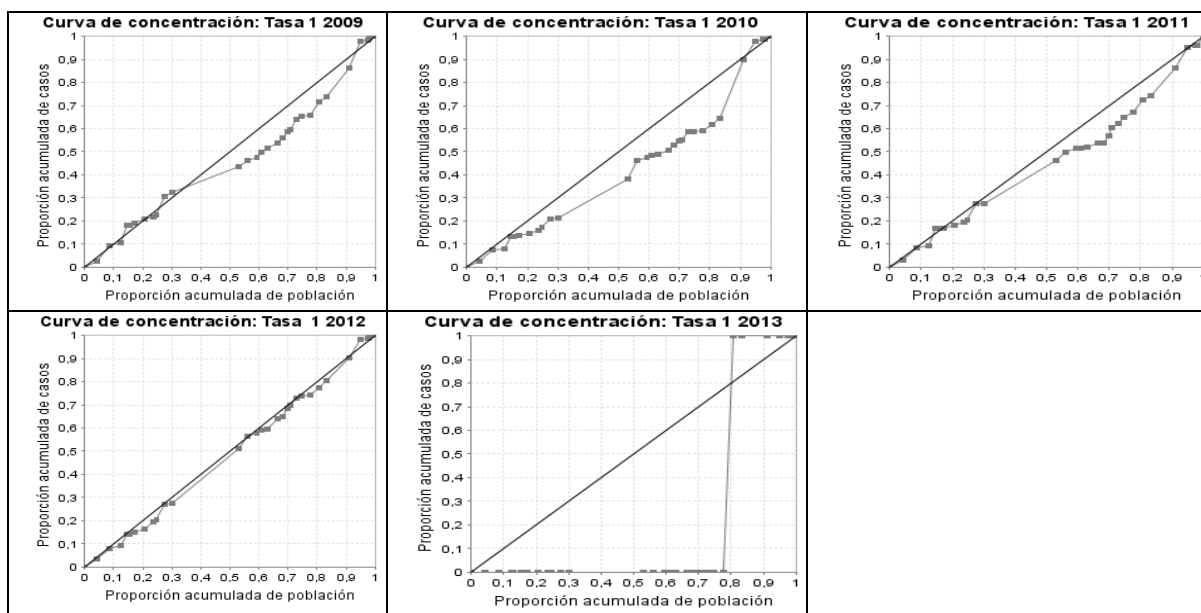


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres, registrados en la Tabla 35.

En las agresiones, homicidios y secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas**: La tasa de mortalidad por este evento es entre 1,009 y 1,679 veces más alta en el municipio con déficit de vivienda cuantitativo más alto (Bolívar), comparado con el Municipio que presenta un déficit de vivienda cuantitativo más bajo (Almaguer). En los años 2009, 2010 y 2012 las tasas de mortalidad por esta causa son mayores en Bolívar que en Almaguer. Durante los años 2011 y 2013 el índice muestra valor menor que uno evidenciando ausencia de relación entre la mortalidad por esta causa y el déficit de vivienda alto. En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 al 2012 fueron menor de 1, indicando una mayor mortalidad por agresiones en los municipios con menor déficit de vivienda. Mientras que para el año 2013 el IRD acotado es de $\sim 0,25$ revelando mayor mortalidad por agresiones en los municipios con mayor déficit de vivienda. Con respecto al **Índice de concentración** para los años 2009 a 2013, la curva de concentración muestra la cercanía de los datos a la diagonal de igualdad, que sugiere baja desigualdad social en la mortalidad en hombres por agresiones, homicidios y el déficit de vivienda. Excepto en el año 2013 que muestra datos a la derecha, sugiriendo mayor mortalidad en municipios con menor déficit de vivienda. (Ver Gráfico 35).

Gráfico 35 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración

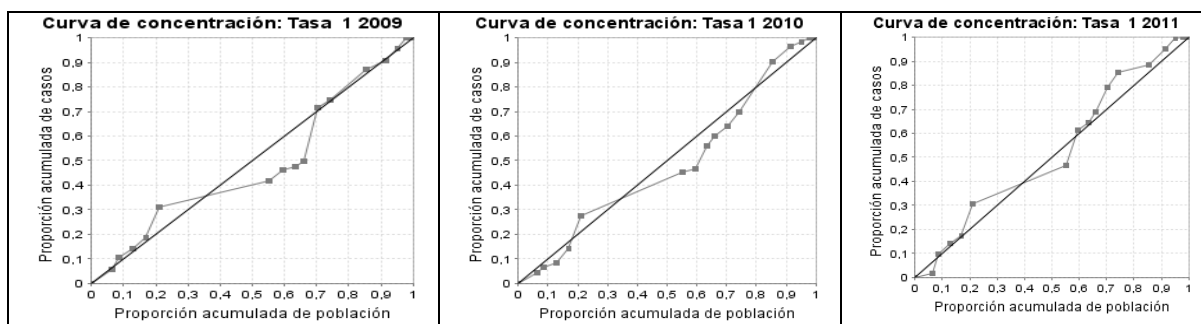


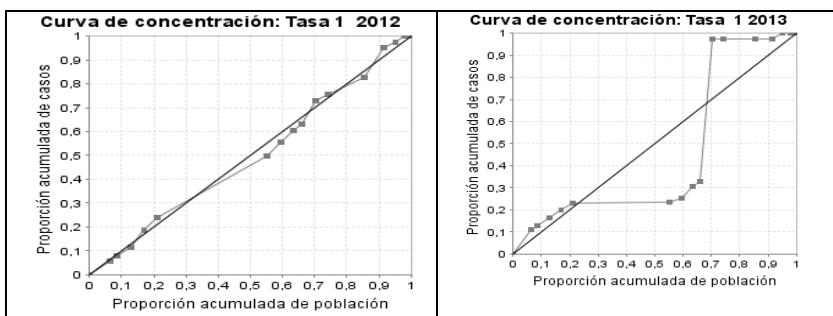
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Eventos de intención no determinada en hombres, registrados en la Tabla 35.

Los eventos de intención no determinada en hombres según el **Cociente de tasas extremas** en todos los años a estudio, la tasa de mortalidad por estos eventos es más alta en el municipio con déficit de vivienda cuantitativo más alto (El Tambo), comparado con el municipio que presenta un déficit de vivienda cuantitativo más bajo (San Sebastián), alcanzando una tasa 109,914 veces mayor el Tambo que San Sebastián en el año 2013. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado**: Para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 fueron menor de 1, lo que significa una mayor mortalidad por eventos de intención no determinada en los municipios con menor déficit de vivienda. Mientras que para el año 2011 el IRD acotado revela que las tasas de mortalidad por dicho evento fueron más altas en los municipios con mayor déficit de vivienda cuantitativo, comparada con los municipios que presentan menor déficit de vivienda. Con respecto al **Índice de concentración** en general los datos se acercaron a la curva de igualdad, sin embargo para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 la curva de concentración presento una tendencia positiva, indicando una mayor mortalidad por eventos de intención no determinada en los municipios con menor déficit de vivienda cuantitativo, a diferencia del año 2011 en donde la curva se encuentra ligeramente por encima de la diagonal, evidenciando una mortalidad mayor en los municipios con mayor Déficit de vivienda (Ver Gráfico 36).

Gráfico 36 Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según déficit de vivienda cuantitativa. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 36 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa según déficit de vivienda cuantitativa en mujeres. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	D. Vivienda Cuantitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	1,532	1,324	1,34	0,098	2,157
	IRDA	0,36	0,039	0,243	-0,177	2,013
	IC	0,144	0,283	0,186	0,439	-0,102
Lesiones autoinflingidas	CT	1,154	4,746	7,314	4,746	42,321
	IRDA	1,204	2,128	0,643	0,887	0,557
	IC	-0,031	-0,121	0,073	0,02	0,095
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	0,896	0,13	0,437	0,249	1,511
	IRDA	0,512	0,526	0,61	0,205	0,342
	IC	0,109	0,105	0,082	0,224	0,166
Eventos de intención no determinada	CT	4,021	55,5	24,636	4,091	33,104
	IRDA	2,442	0,665	2,94	2,437	3,375
	IC	-0,136	0,066	-0,16	-0,136	-0,176

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

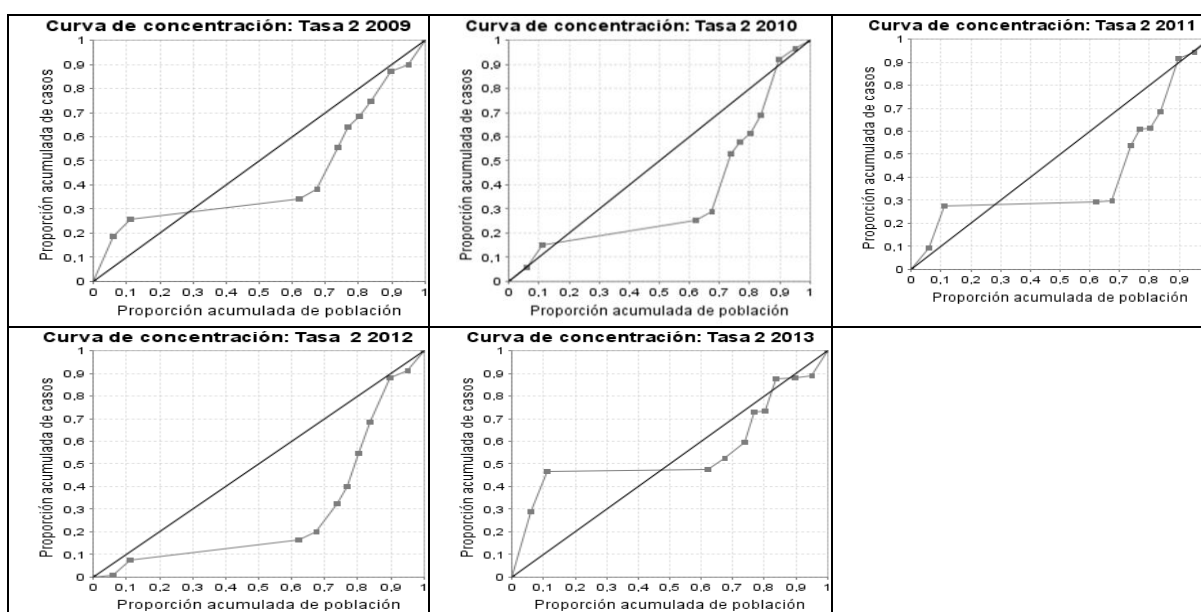
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 36.

Los otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas**, la tasa de mortalidad por dicho evento es más alta en el municipio con déficit de vivienda cuantitativo más alto (Timbío), comparado con el Municipio que presenta un déficit de vivienda cuantitativo más bajo (Toribio), en todos los años a estudio, excepto en 2012 indicando que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con alto déficit de vivienda para ese año. Para el año 2013, hay 2,157 veces más muertes por otros accidentes inclusive secuelas en el municipio de Timbío que en Toribio. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotados** para los años 2009 a 2011 fue menor de 1 indicando mayor mortalidad por accidentes inclusive secuelas en los municipios con menor déficit de vivienda, comparada con los municipios que presentan mayor déficit de vivienda. Para los años 2012 y 2013 se presentó IRD acotado negativo y mayor que uno respectivamente, lo que evidencia una mayor mortalidad por accidentes inclusive secuelas en los municipios con menor déficit de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** en general para los años 2009 a 2013 muestra que las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayores déficit de vivienda se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo déficit de vivienda. (Ver. Grafico 37).

Grafico 37 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración



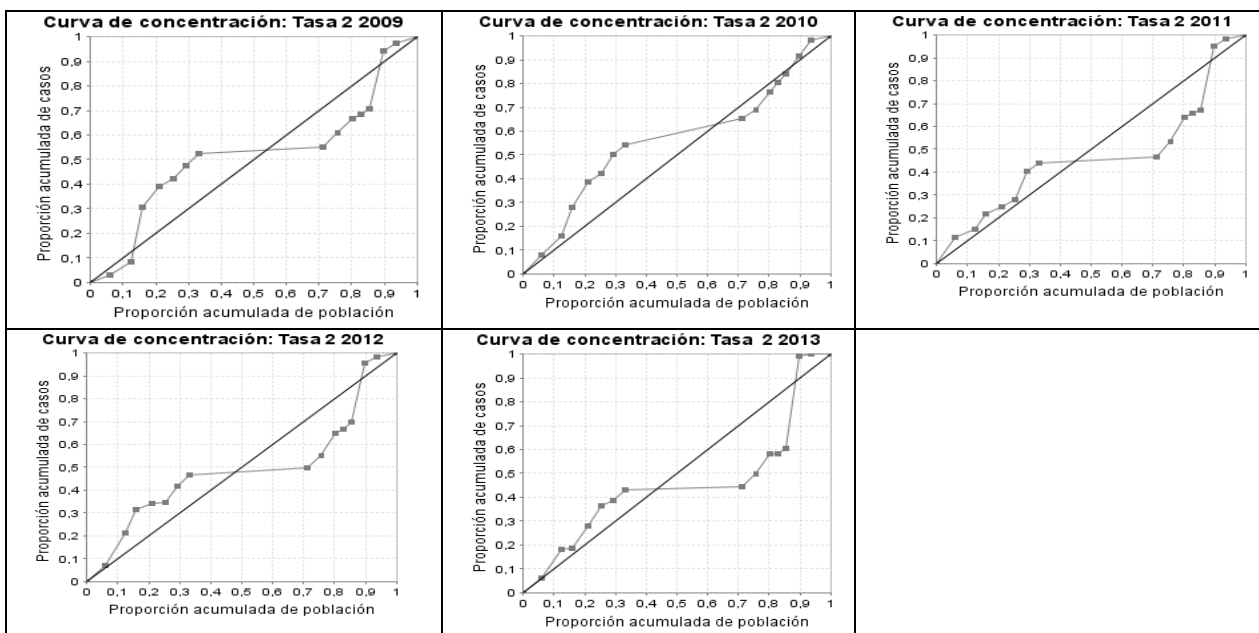
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por lesiones autoinflingidas en Mujeres, registrados en la Tabla 36.

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** se tiene que la tasa de mortalidad es más alta en el municipio con déficit de vivienda cuantitativo más alto (Bolívar), comparado con el municipio que presenta un déficit de vivienda cuantitativo más bajo (Puerto tejada), en todos los años a estudio. Para el año 2013, hay 42,321 veces más muertes por lesiones autoinflingidas intencionadas, suicidios en el municipio de Bolívar que en Puerto tejada. Respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 y 2010 indican que las muertes por dicho evento son más altas en los municipios con mayor déficit de vivienda. Mientras que para los años 2011, 2012 y 2013 el IRD acotado fue menor a 1, lo que significa una mayor mortalidad en los municipios con menor déficit de vivienda. Entre tanto en el **Índice de concentración** se observa que para los años 2009 Y 2010 la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor Déficit de vivienda

cuantitativo se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas. Contrariamente para los años 2011, 2012 Y 2013 la curva presento una tendencia positiva evidenciando una mortalidad mayor en los municipios con menor Déficit de vivienda (Ver Gráfico 38).

Gráfico 38 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración



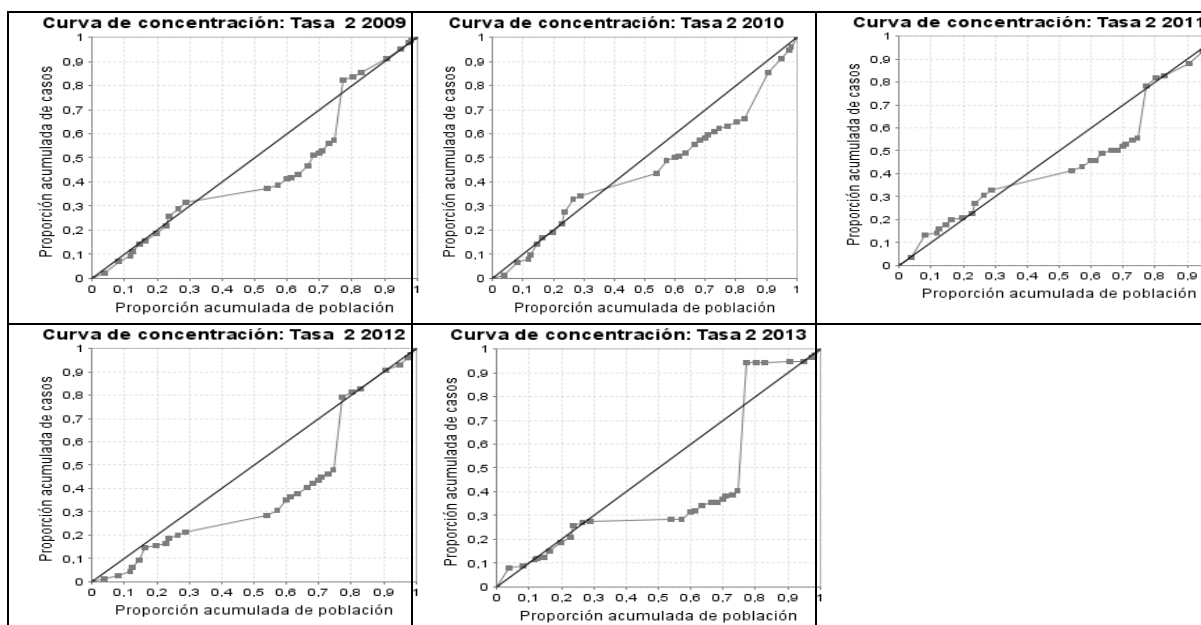
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 36.

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** entre 2009 y 2012 no se observa desigualdad a expensas de los municipios con déficit de vivienda cuantitativo más alto. Para el año 2013, hay 1,511 veces más muertes por agresiones, homicidios en el municipio de Bolívar que en Almaguer. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 fue menor de 1 indicando mayor mortalidad por agresiones inclusive secuelas en los municipios con menor déficit de vivienda, comparada con los municipios que presentan mayor déficit de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** para las mujeres en los años 2009 a 2013, revela

que las curvas de concentración presentan tendencia positiva y están por debajo de la diagonal, lo que significa que en los municipios con bajo déficit de vivienda cuantitativo se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con alto déficit de vivienda cuantitativo (Ver. Grafico 39).

Grafico 39 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración



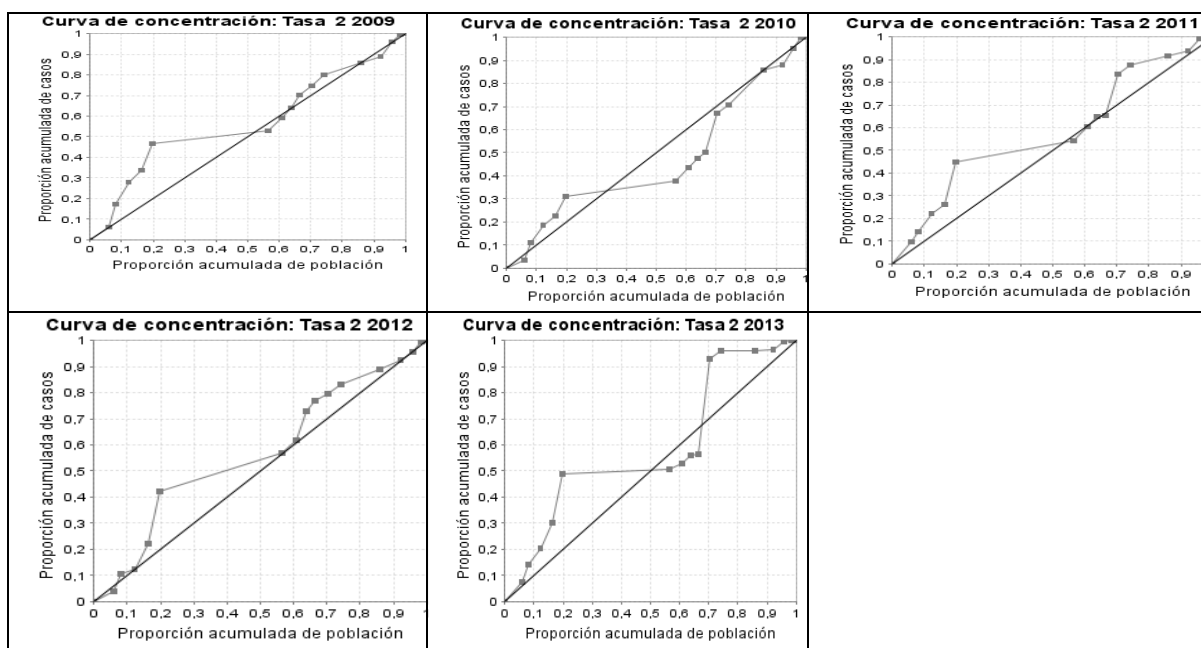
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por eventos de intención no determinada en Mujeres, registrados en la Tabla 36.

Los eventos de intención no determinada en mujeres según los resultados del **Cociente de tasas extrema**, la tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada es más alta en todos los años a estudio en el municipio con mayor déficit de vivienda cuantitativo (El Tambo), en comparación con el que presenta menor déficit (San Sebastián). El cociente mayor se encuentra en el año 2010 donde hay 55,500 veces mayor mortalidad por eventos de intención no determinada en El Tambo que en San Sebastián. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para los años 2009, 2011, 2012 y 2013

fueron mayor de 1 lo que significa una mayor mortalidad por eventos de intención no determinada en los municipios con mayor déficit de vivienda. Mientras que para el año 2010 el IRD acotado es menor a 1, revelando que las tasas de mortalidad por dicho evento fueron más altas en los municipios con menor déficit de vivienda cuantitativo, comparada con los municipios que presentan mayor déficit de vivienda. Entre tanto en el **Índice de concentración** se observa que para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor Déficit de vivienda cuantitativo se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada. Mientras que para el año 2010 la curva de concentración presenta una tendencia positiva, evidenciando mayor mortalidad en los municipios con menor déficit de vivienda (Ver. Grafico 40).

Grafico 40 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 37 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	D. Vivienda Cualitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	1,871	2,527	1,635	1,108	62,288
	IRDA	4,68	2,308	4,159	2,235	12,329
	IC	-0,322	-0,18	-0,3	-0,173	-0,455
Lesiones autoinflingidas	CT	7,602	1,44	21,324	1,732	1,193
	IRDA	3,543	0,993	9,174	2,692	-11,425
	IC	-0,249	0,001	-0,377	-0,199	-0,616
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	0,114	0,127	0,081	0,073	11,835
	IRDA	1,444	0,972	1,355	0,777	2,036
	IC	-0,069	0,005	-0,057	0,046	-0,133
Eventos de intención no determinada	CT	0,728	0,583	0,016	0,754	0,023
	IRDA	160,062	4,162	4,416	1,599	-3,699
	IC	-0,322	-0,2	-0,206	-0,075	-0,566

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

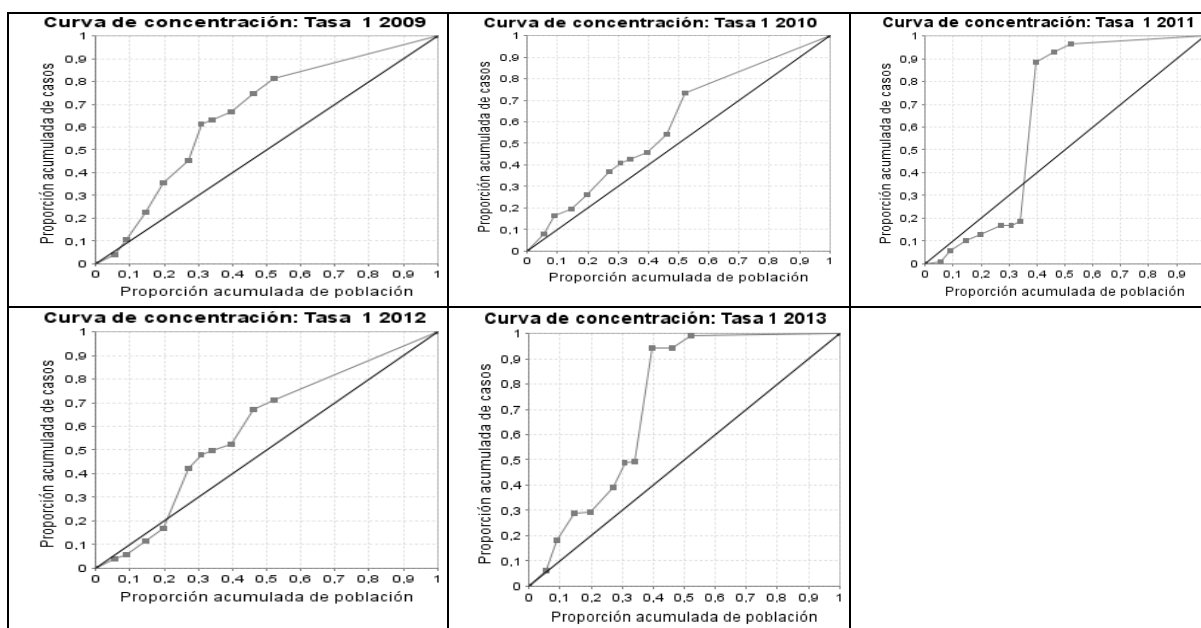
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Otros accidentes inclusive secuelas en hombres, registrados en la Tabla 37.

Con respecto a otros accidentes inclusive secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas**, se tiene que la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados es mayor en el municipio de Guapi con déficit de vivienda cualitativo mayor, comparada con el Municipio de Popayán que tiene el menor déficit de vivienda

cuantitativo. La mortalidad llega a ser 62,288 veces mayor en Guapi que en Popayán en el año 2013. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 en los hombres, revela que las tasas de mortalidad por accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con peor déficit de vivienda cualitativa. El **Índice de concentración** en general para los años 2009 a 2013 se tiene que las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayores déficit de vivienda se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo déficit de vivienda (Ver. Grafico 41).

Grafico 41 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración

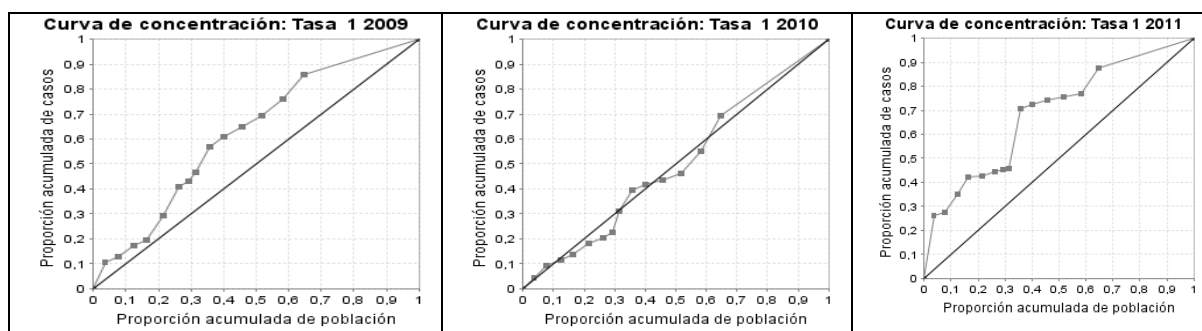


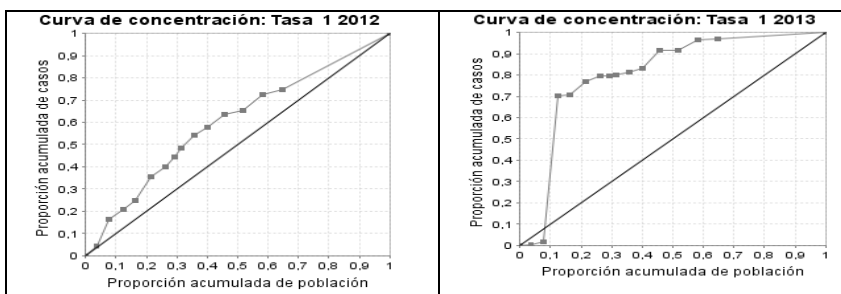
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Lesiones autoinflingidas y secuelas en hombres, registrados en la Tabla 37.

Las lesiones autoinflingidas en hombres según los valores del **Cociente de tasas extremas** revelan que la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados, es mayor en el municipio de Argelia con déficit de vivienda cualitativo mayor, comparada con el Municipio de Popayán que tiene el menor déficit de vivienda cualitativo. La mortalidad llega a ser 21,324 veces mayor en Argelia que en Popayán en el año 2011. Por otro lado el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado para los años 2009, 2011 y 2012 indican que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas se fueron más altas en los municipios con mayor déficit de vivienda. Para el año 2010 el IRD acotado fue menor de 1 lo que significa una mayor mortalidad en los municipios con menor déficit de vivienda. Mientras que para el año 2013 el IRD acotado revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas fueron más altas en los municipios con mayor déficit de vivienda cualitativo, comparada con los municipios que presentan menor déficit de vivienda. Respecto del **Índice de concentración** se observa que para los años 2009, 2011, 2012 Y 2013 la curva está ligeramente por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con mayor Déficit de vivienda cualitativo se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas. Contrariamente para el año 2010, la curva presento una tendencia positiva evidenciando una mortalidad mayor en los municipios con menor Déficit de vivienda. (Ver. Grafico 42).

Grafico 42 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración.



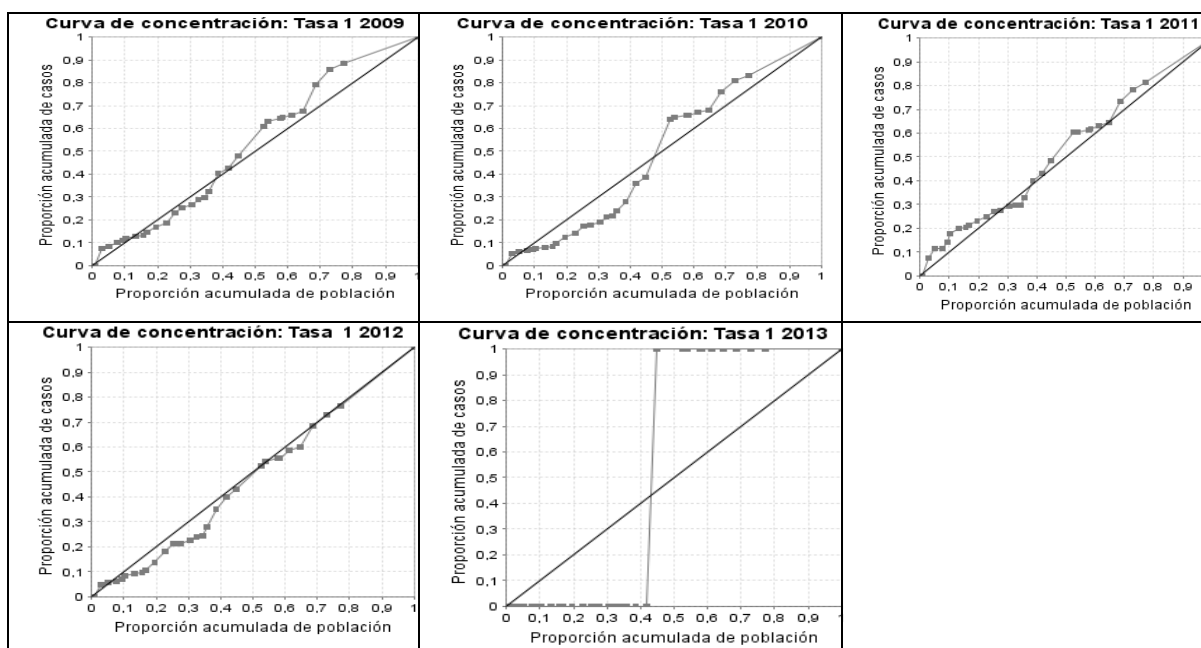


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres, registrados en la Tabla 37.

En las agresiones, homicidios y secuelas en hombres, según los valores **Cociente de tasas extremas** entre los años 2009 y 2012 hay ausencia de relación entre la tasa de mortalidad en hombres por agresiones, homicidios con el déficit de vivienda cualitativo mayor. Solo en el año 2013 la mortalidad llega a ser 11,835 veces mayor en Piamonte que en Popayán. En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de mortalidad por agresiones inclusive secuelas, para los años 2009, 2011 y 2013 indican que la mortalidad por éste evento fue más alta en los municipios con mayor déficit de vivienda cualitativo, comparada con los municipios que presentan menor déficit de vivienda. Para los años 2010 y 2012 el IRD acotado fue menor a uno, evidenciando un incremento mayor en la mortalidad por dicha causa en los municipios con menor déficit de vivienda. Con respecto al **Índice de concentración** para los años 2009 a 2012 revela que la curva de concentración se encuentra cerca de la diagonal de igualdad, sugiriendo baja desigualdad entre la mortalidad por agresiones y homicidios y el déficit de vivienda cualitativo. Excepto para el año 2013 donde se observa la curva por encima de la diagonal de igualdad, sugiriendo mayor mortalidad por homicidios y agresiones en los municipios con alto déficit de vivienda cualitativo. (Ver Grafica 43).

Grafico 43 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración



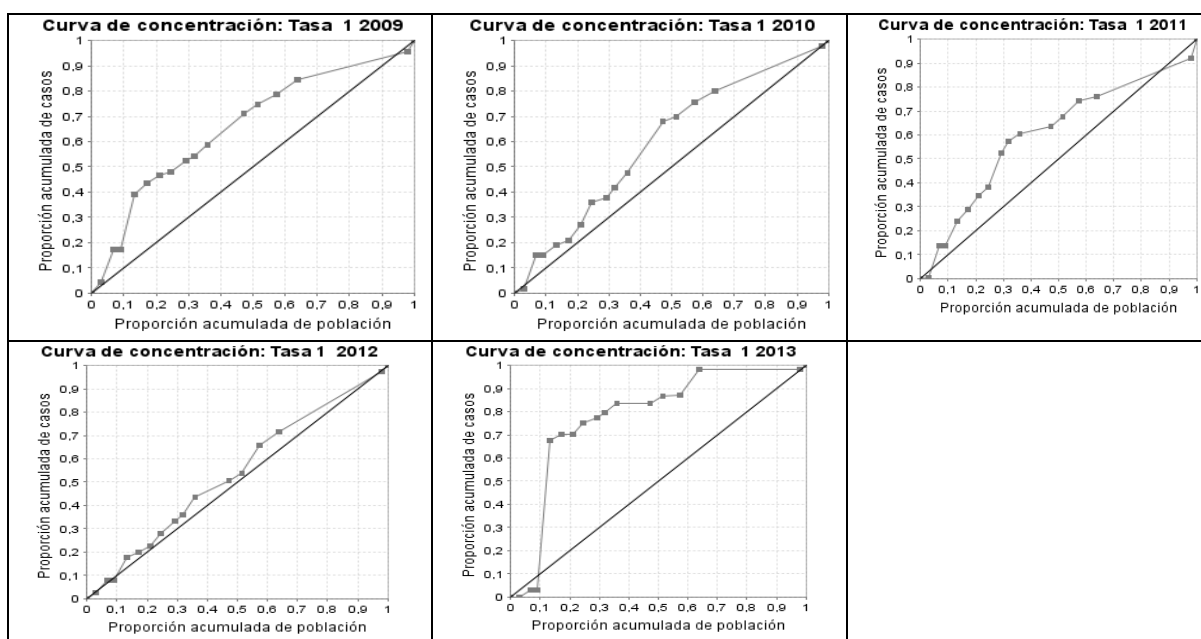
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Eventos de intención no determinada en hombres, registrados en el cuadro 37.

Los eventos de intención no determinada en hombres según el **Cociente de tasas extrema** evidencia ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada en el municipio con mayor déficit de vivienda cualitativo (Timbiquí) y el que tiene menor déficit de vivienda cualitativo (Puracé), representado en resultados menores de 1 en el cociente en todos los años analizados. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada fueron más altas en los municipios con mayor déficit de vivienda cuantitativo, comparada con los municipios que presentan menor déficit de vivienda. Mientras que para el año 2013 el IRD acotado es menor a 1, revelando que las tasas de mortalidad por dicho evento fueron más altas en los municipios con menor déficit de vivienda cuantitativo, comparada con los municipios que presentan mayor déficit

de vivienda. Con respecto al **Índice de concentración** las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, así mismo las curvas de concentración para los años 2009 a 2013, la curva de concentración está por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con mayor déficit de vivienda cualitativa se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con menor déficit de vivienda (Ver Gráfico 44).

Gráfico 44 Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según déficit de vivienda cualitativa. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 38 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa según déficit de vivienda cualitativa en mujeres. Cauca 2009-2013.

Eventos de causa externa	D.	2009	2010	2011	2012	2013
	Vivienda Cualitativo	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	4,825	3,176	1,884	3,778	51,253
	IRDA	6,162	5,035	6,866	7,169	8,676
	IC	-0,375	-0,341	-0,393	-0,399	-0,426
Lesiones autoinflingidas	CT	87,977	11,518	27,634	38,405	5,812
	IRDA	-20,175	6,062	62,23	56,967	53,102
	IC	-0,578	-0,337	-0,488	-0,486	-0,484
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	11,538	7,765	7,648	12,476	18,142
	IRDA	10,648	2,842	4,991	64,274	-13,346
	IC	-0,352	-0,193	-0,276	-0,421	-0,521
Eventos de intención no determinada	CT	0,236	0,442	0,109	0,424	0,026
	IRDA	7,717	-91,969	-15,362	18,059	-4,723
	IC	-0,249	-0,329	-0,367	-0,289	-0,494

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

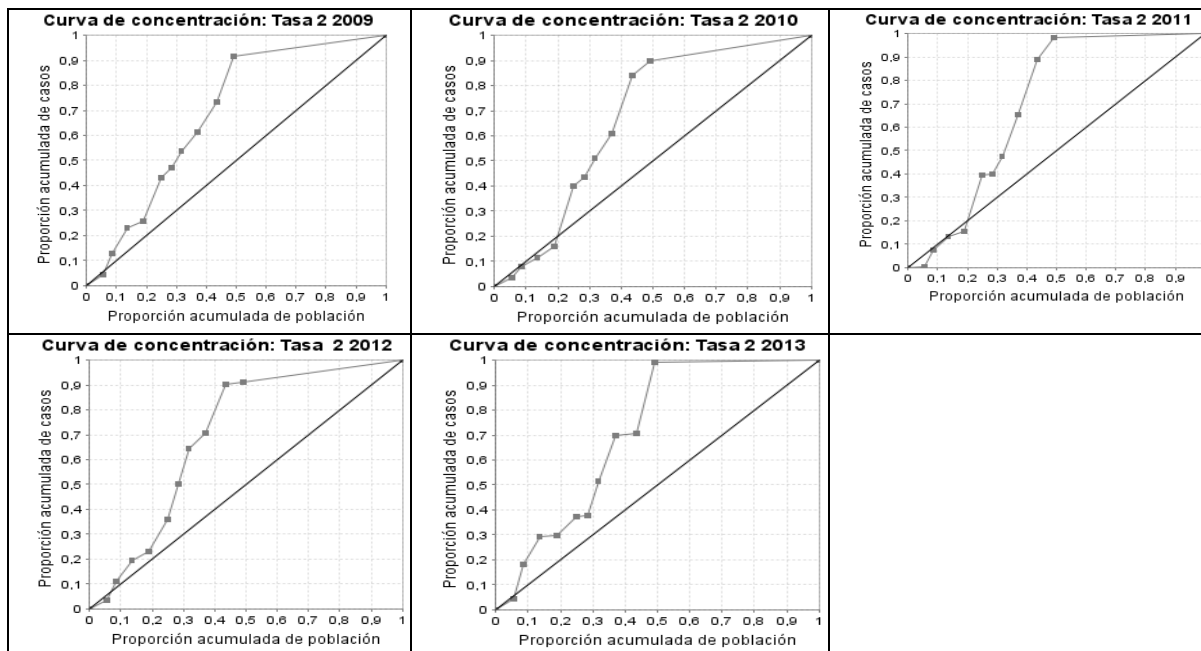
RDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 38.

Los otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados es mayor en el municipio de Guapi con déficit de vivienda cualitativo mayor, comparada con el Municipio de Popayán que tiene el menor déficit de vivienda cualitativo. El año con mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 51,253 veces mayor en Guapi que en Popayán. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 en mujeres, revela que las tasas de mortalidad por accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con peor déficit de vivienda cualitativa. Entre tanto el **Índice de concentración** en general para los años 2009 a 2013 las curvas tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayores déficit de vivienda se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo déficit de vivienda. (Ver. Grafico 45).

Grafico 45 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración

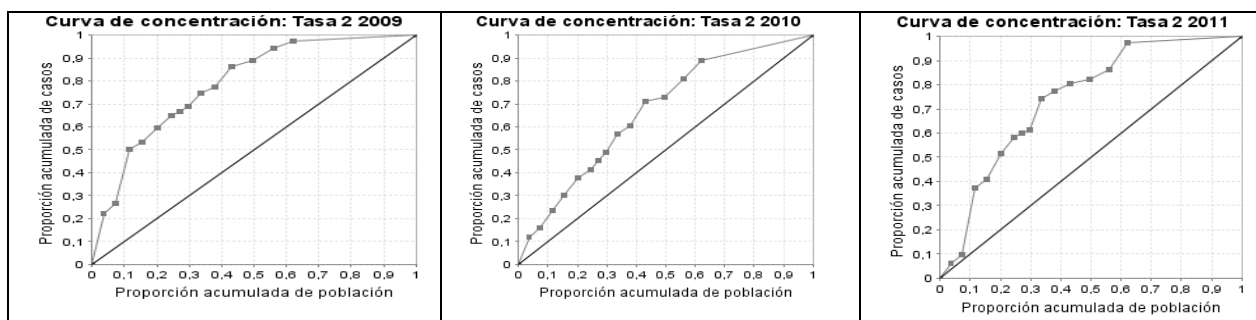


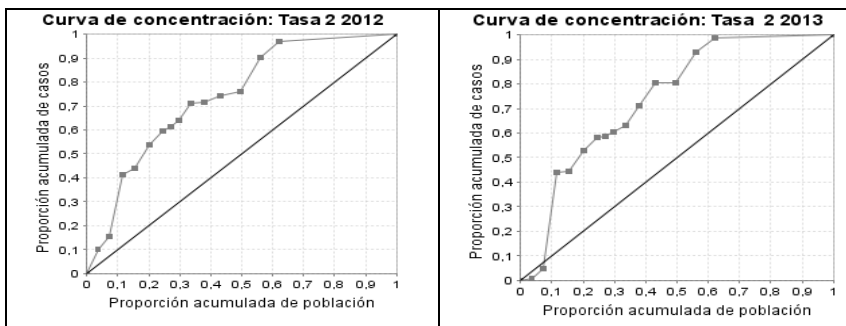
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por lesiones autoinflingidas en Mujeres, registrados en la Tabla 38.

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas**: la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados es mayor en el municipio de Argelia con déficit de vivienda cualitativo mayor, comparada con el Municipio de Popayán que tiene el menor déficit de vivienda cualitativo. El año con mayor desigualdad es el 2009 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 87,977 veces mayor en Argelia que en Popayán. Respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para el año 2009 indica que la tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas, fue más alta en los municipios con mayor déficit de vivienda. Para los años 2010, 2011, 2012 y 2013, 2010 el IRD acotado fue mayor de 1 lo que significa una mayor mortalidad en los municipios con mayor déficit de vivienda. Entre tanto en el **Índice de concentración** se observa que las curvas de concentración para todos los 5 años del estudio se encuentran por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con alto déficit de vivienda, presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que en los municipios con bajo déficit de vivienda cualitativo (Ver Gráfico 46).

Gráfico 46 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración.



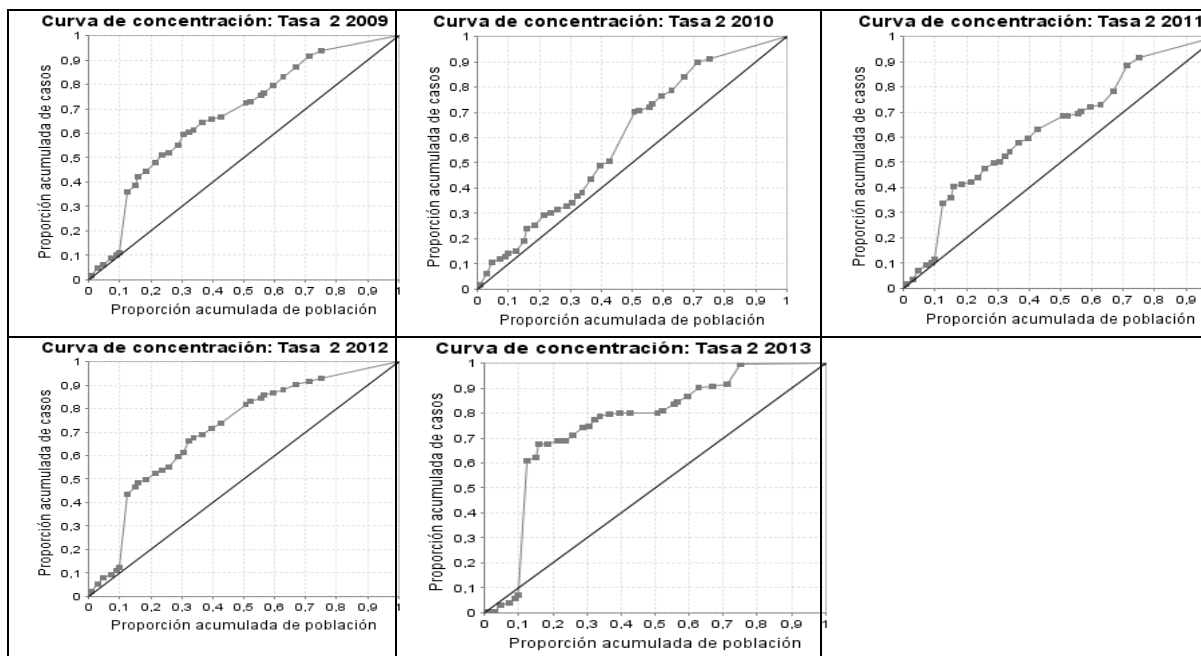


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en Mujeres, registrados en el cuadro 38.

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por dicho evento en todos los años analizados es mayor en el municipio de Piamonte con déficit de vivienda cualitativo mayor, comparada con el municipio de Popayán que tiene el menor déficit de vivienda cualitativo. El año con mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa es 18,142 veces mayor en Piamonte que en Popayán. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** revela que para los años 2009, 2010 y 2011 la mortalidad por éste evento fue un poco más alta en los municipios con mayor déficit de vivienda cualitativo, comparada con los municipios que presentan menor déficit de vivienda. Para el año 2012 el IRD acotado evidencia una alta tasa de mortalidad por agresiones en los municipios con alto déficit de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** para las mujeres en los años 2009 a 2013, las curvas de concentración presentan tendencia negativa y están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios alto déficit de vivienda cualitativo se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo déficit de vivienda (Ver. Gráfico 47).

Grafico 47 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración



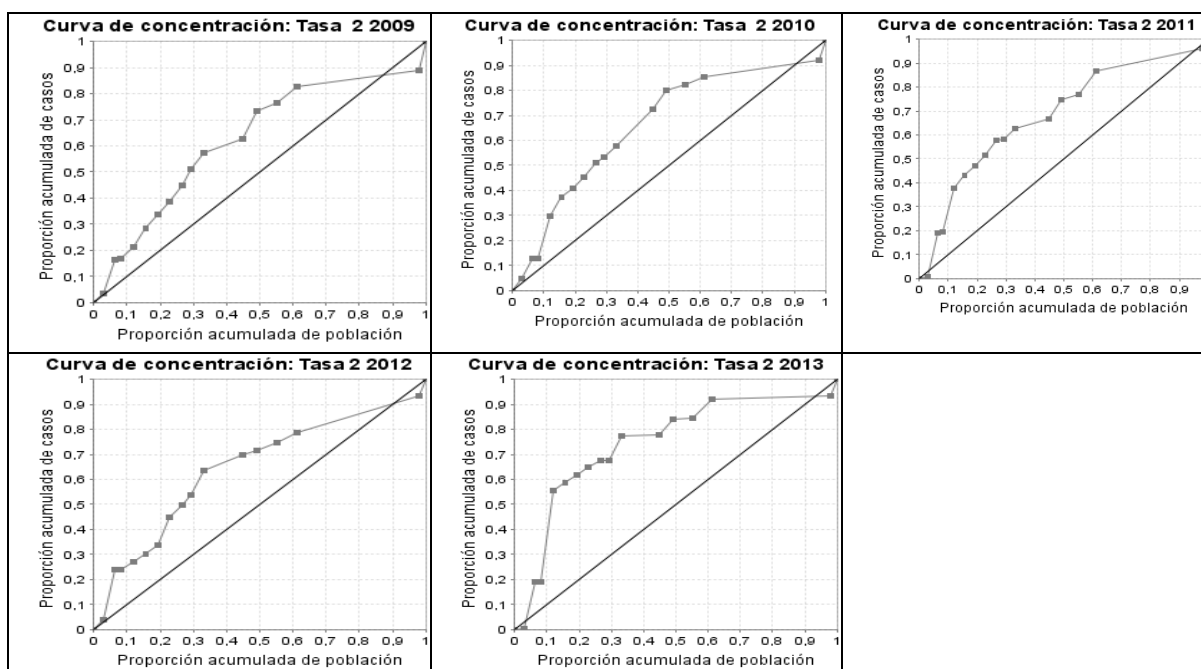
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por eventos de intención no determinada en Mujeres, registrados en la Tabla 38.

Los eventos de intención no determinada en mujeres según los resultados del **Cociente de tasas extremas** los resultados demuestran que hay ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada en el municipio con mayor déficit de vivienda cualitativo (Timbiquí) y el que tiene menor déficit de vivienda cualitativo (Puracé), representado en resultados menores de 1 en todos los años analizados. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada fueron más altas en los municipios con mayor déficit de vivienda cuantitativo, comparada con los municipios que presentan menor déficit de vivienda. Para el año 2010 y 2013 se evidencia un incremento (-91,969 y -4,723) mayor en la mortalidad por dicho evento en los municipios con alto déficit de vivienda cualitativo. Entre tanto en el **Índice de concentración** se tiene que las curvas de

concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, así mismo éstas curvas para los años 2009 a 2013 están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor índice de analfabetismo se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con menor índice de analfabetismo (Ver. Gráfico 48).

Gráfico 48 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 39 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según porcentaje de analfabetismo. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Porcentaje de analfabetismo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes	CT	1,871	2,527	1,635	1,108	62,288

inclusive secuelas.	IRDA	4,353	2,298	8,371	2,87	57,126
	IC	-0,309	-0,179	-0,411	-0,227	-0,541
Lesiones autoinflingidas	CT	6,156	0,554	0,942	1,305	5,919
	IRDA	3,755	1,239	1,954	1,988	-11,426
	IC	-0,259	-0,043	-0,137	-0,14	-0,615
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	1,018	0,462	0,009	0,331	0,74
	IRDA	0,731	0,483	0,689	0,532	1,09
	IC	0,057	0,126	0,068	0,111	-0,016
Eventos de intención no determinada	CT	4,867	1,151	0,13	1,177	2,895
	IRDA	5,588	1,797	4,482	1,766	-9,848
	IC	-0,315	-0,118	-0,283	-0,115	-0,628

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

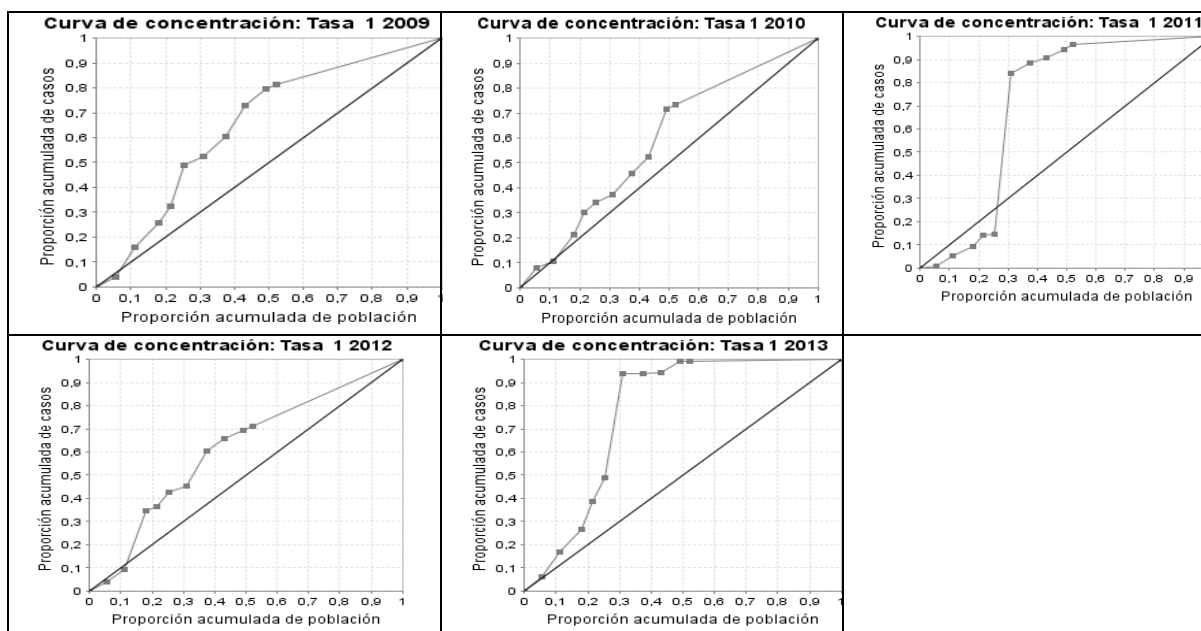
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Otros accidentes inclusive secuelas en hombres, registrados en la Tabla 39.

Con respecto a otros accidentes inclusive secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años analizados, la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio que presenta el más alto porcentaje de analfabetismo (Guapi), comparada con el municipio que presenta el porcentaje de analfabetismo más bajo (Popayán). En el año 2009, la mortalidad es 1,871 veces más alta en Guapi que Popayán, diferencia que aumenta para el año 2010 a 2,527 veces y disminuye entre 2011 y 2012 para volver a incrementar alcanzando 62,288 veces más muertes por esta causa en Guapi que en

Popayán en 2013. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 revela que las tasas de mortalidad por accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con mayor analfabetismo. El **Índice de concentración** en general para los años 2009 a 2013 revela que las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayores índice de analfabetismo, presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo índice de analfabetismo. (Ver. Grafico 49).

Grafico 49 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración

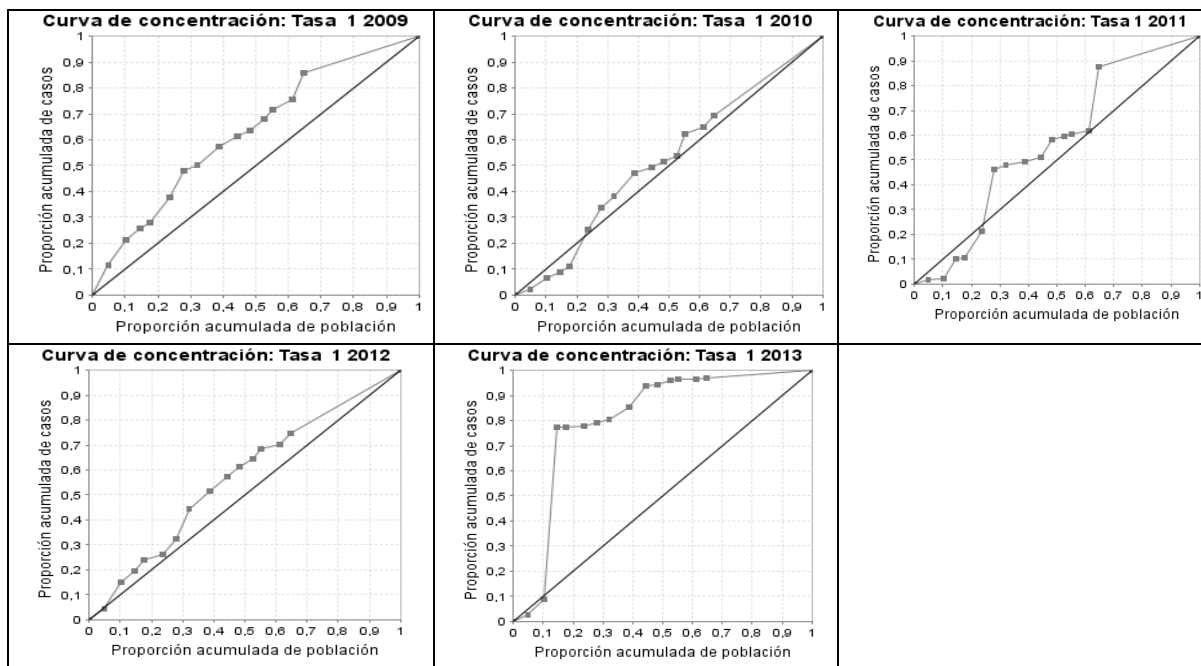


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Lesiones autoinflingidas y secuelas en hombres, registrados en la Tabla 39.

Las lesiones autoinflingidas en hombres según los valores del **Cociente de tasas extremas** revela que en los años 2009, 2012 y 2013, la tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionadas, suicidios en hombres es más alta en el municipio que presenta el más alto porcentaje de analfabetismo (Páez), comparada con el municipio que presenta el porcentaje de analfabetismo (Popayán). En los años 2010 y 2011 hay ausencia de asociación demostrada con un índice menor de 1. Por otro lado el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado, revela que las muertes por dicha causa fueron más altas en los municipios con índices de analfabetismo más altos para los años 2010, 2011 Y 2012 comparada con los municipios que presentan indicadores más bajos de analfabetismo. Para el año 2013 el IRD indica que la mayor mortalidad por lesiones autoinflingidas, se presentó en los municipios con mayor porcentaje de analfabetismo. Respecto del **Índice de concentración** se observa que las curvas de concentración para todos los 5 años del estudio se encuentran por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor porcentaje de analfabetismo, presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que en los municipios con bajo porcentaje de analfabetismo. (Ver. Grafico 50).

Grafico 50 DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN HOMBRES SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN

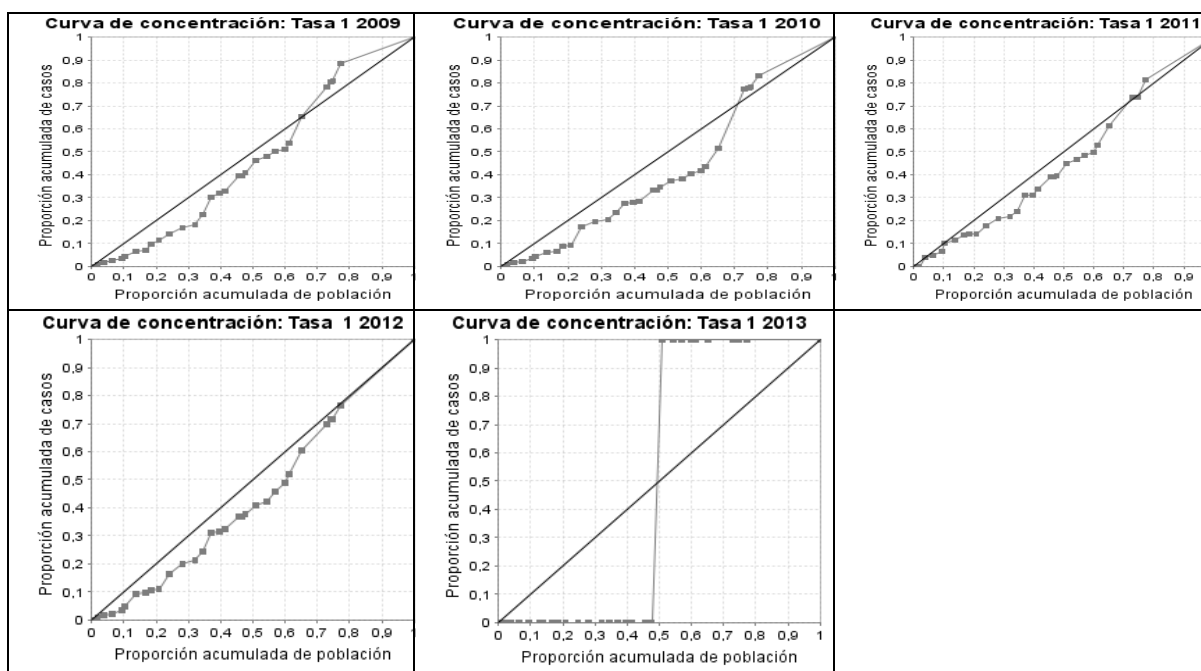


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres, registrados en la Tabla 39.

En las agresiones, homicidios y secuelas en hombres, según los valores **Cociente de tasas extremas** En general, hay ausencia de relación entre la tasa de mortalidad por este evento con el mayor porcentaje de analfabetismo, evidenciado con un índice menor de 1 en todos los años, con excepción en el año 2009 donde se evidencia mayor mortalidad por dicho evento en el municipio de López de Micay con mayor Índice de analfabetismo. En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para la población masculina revela que para los años 2009 a 2012 las muertes por dicha causa, fueron más altas en los municipios con bajos índices de Analfabetismo. Mientras que para el año 2013 el IRD acotados fue mayor a 1, indicando que la mayor mortalidad por agresiones se presenta en los municipios con altos índices de analfabetismo. Con respecto al **Índice de concentración** para los hombres en los años 2009 a 2012, las curvas de concentración presentan tendencia positiva y están por debajo de la diagonal, lo que significa que en los municipios con bajo índice de analfabetismo se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con alto índice de analfabetismo. Por el contrario para el año 2013 la curva de concentración se encuentra por encima de la diagonal, indicando que el mayor número de muertes por agresiones inclusive secuelas se presentan más en los municipios con alto índice de analfabetismo. (Ver Gráfico 51).

Grafico 51 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración.



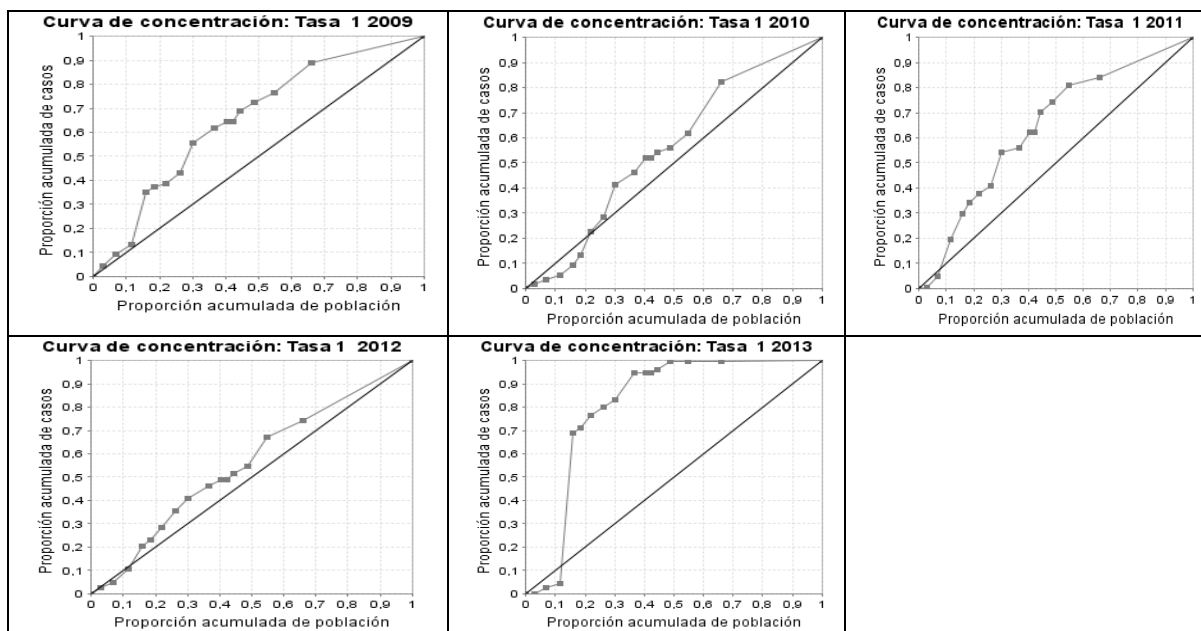
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Eventos de intención no determinada en hombres, registrados en la Tabla 39.

Los eventos de intención no determinada en hombres según el **Cociente de tasas extrema** muestra que la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio que presenta el más alto porcentaje de analfabetismo (Timbiquí), comparada con el municipio que presenta el porcentaje de analfabetismo más bajo (Popayán), durante los años 2009, 2010, 2012 y 2013. En el año 2009, la mortalidad por esta causa es 4,867 veces más alta en Timbiquí que en Popayán. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2012, indican que la mortalidad por esta enfermedad fue más alta en los municipios con mayor índice de analfabetismo, comparada con los municipios que presentan menor índice de analfabetismo, para el año 2013 se evidencia un incremento (-

9,84) mayor en la mortalidad por dicho evento en los municipios con alto índice de analfabetismo. Con respecto al **Índice de concentración** las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, así mismo éstas curvas para los años 2009 a 2013 están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor índice de analfabetismo se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con menor índice de analfabetismo. (Ver Gráfico 52).

Gráfico 52 Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 40 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa según porcentaje de analfabetismo en mujeres. Cauca 2009-2013.

Eventos de causa externa	Porcentaje de analfabetismo	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres

Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	4,825	3,176	1,884	3,778	51,253
	IRDA	7,616	6,933	11,873	7,586	8,078
	IC	-0,408	-0,394	-0,464	-0,407	-0,416
Lesiones autoinflingidas	CT	18,102	3,065	23,236	16,735	38,773
	IRDA	6,675	3,834	-51,489	37,14	-27,786
	IC	-0,351	-0,268	-0,534	-0,475	-0,557
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	2,519	4,32	3,999	10,322	78,607
	IRDA	5,846	1,598	4,991	11,299	-8,69
	IC	-0,296	-0,09	-0,277	-0,357	-0,574
Eventos de intención no determinada	CT	4,867	1,151	0,130	1,177	2,895
	IRDA	9,344	9,04	10,613	5,537	-32,197
	IC	-0,383	-0,38	-0,395	-0,32	-0,541

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

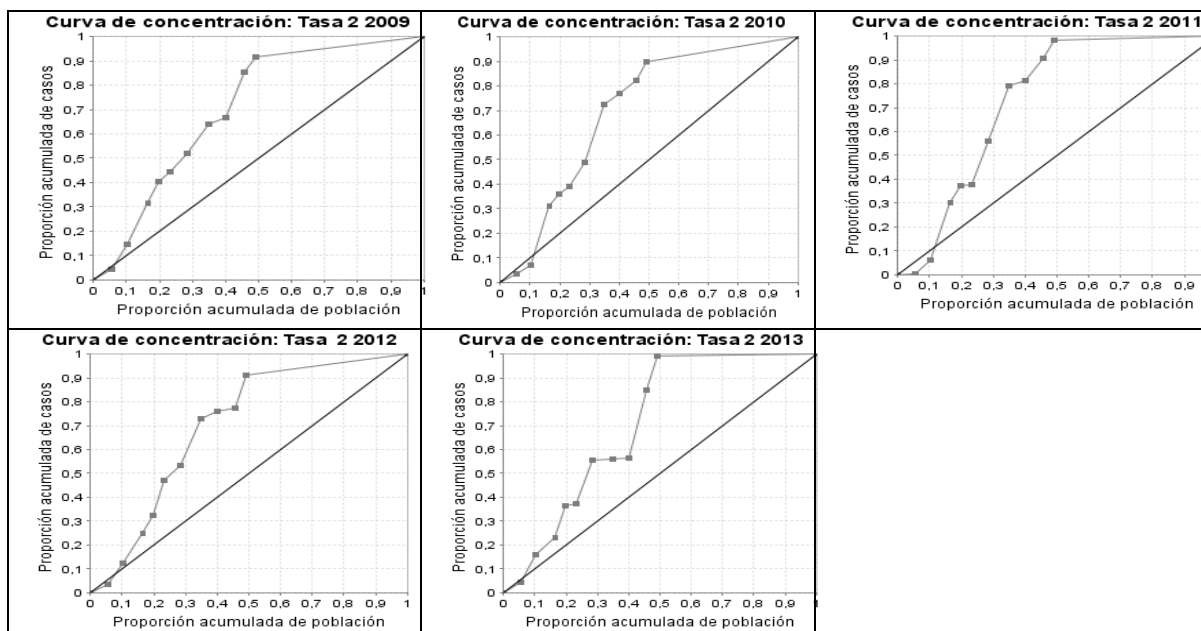
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 40.

Los otros accidentes inclusive secuelas en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** en todos los años analizados, la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio que presenta el más alto analfabetismo (Guapi), comparada con el municipio que presenta el analfabetismo más bajo (Popayán). En el año 2009, la mortalidad es 4,825 veces más alta en Guapi que en Popayán, diferencia que pasa a ser de 3,176 y 1.884 veces en 2010 y 2011 respectivamente y aumenta nuevamente en 2012 y 2013 donde se encuentra una mayor desigualdad, llegando a ser la mortalidad por esta causa 51,253 veces mayor en Guapi que en Popayán en 2013. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 el IRD acotado en las mujeres, revela que las tasas de mortalidad por otros

accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con mayor analfabetismo. Entre tanto el **Índice de concentración** en general en los años 2009 a 2013 las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor índice de analfabetismo, se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con menor índice de analfabetismo. (Ver. Grafico 53).

Grafico 53 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración.



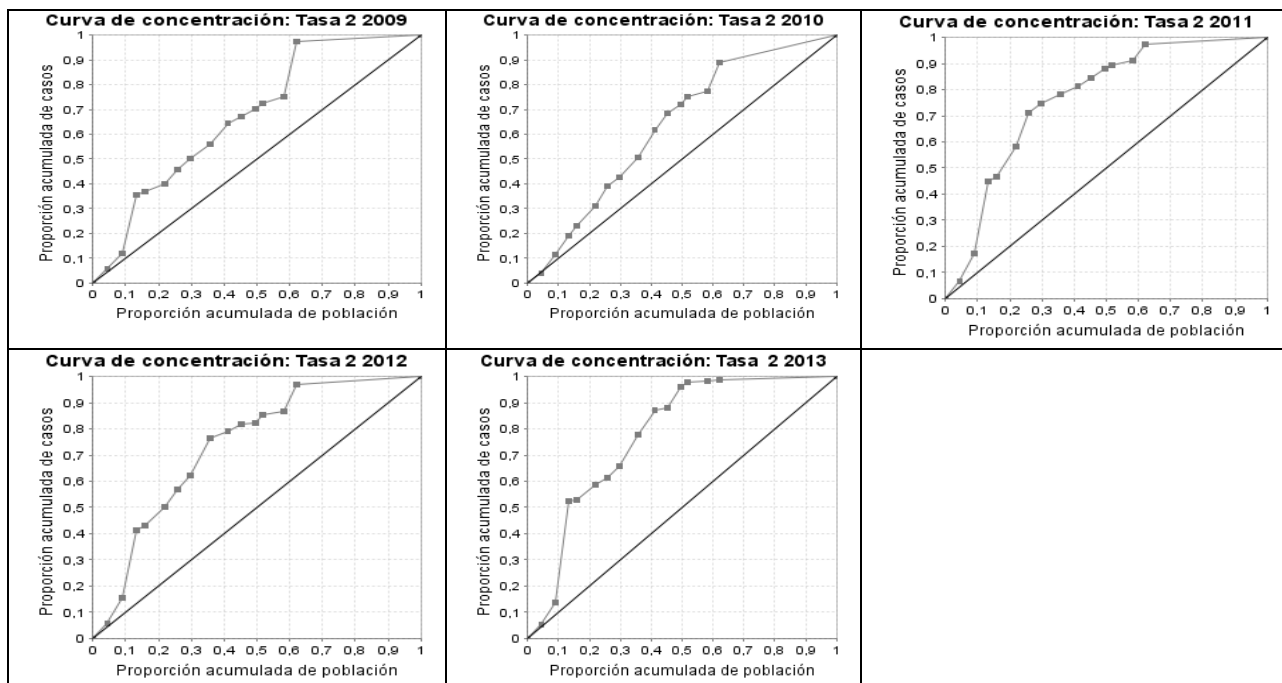
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por lesiones autoinflingidas en Mujeres, registrados en la Tabla 40.

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años analizados, la tasa de mortalidad por este evento es más

alta en el municipio que presenta el más alto porcentaje de analfabetismo (Páez), comparada con el municipio que presenta el analfabetismo más bajo (Popayán). En el año 2009, la mortalidad es 18,102 veces más alta en Páez que en Popayán, diferencia que desciende a 3,065 veces en 2010 y vuelve a ascender en 2011, siendo la más alta la del año 2013 donde la tasa de mortalidad por esta causa es 38,773 veces mayor en Páez que en Popayán. Respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** revela que las muertes por dicha causa fueron más altas en los municipios con índices de Analfabetismo más altos para los años 2009, 2012 Y 2012 comparada con los municipios que presentan indicadores más bajos de analfabetismo. Para el año 2011 y 2013 el IRD indica que la mayor mortalidad por lesiones autoinflingidas, se presenta en los municipios con mayores índices de analfabetismo. Entre tanto en el **Índice de concentración** se observa un comportamiento similar que el de los hombres, se observa que las curvas de concentración para todos los 5 años del estudio se encuentran por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor índice de analfabetismo, presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que en los municipios con bajo déficit de vivienda (Ver Gráfico 54).

Grafico 54 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración

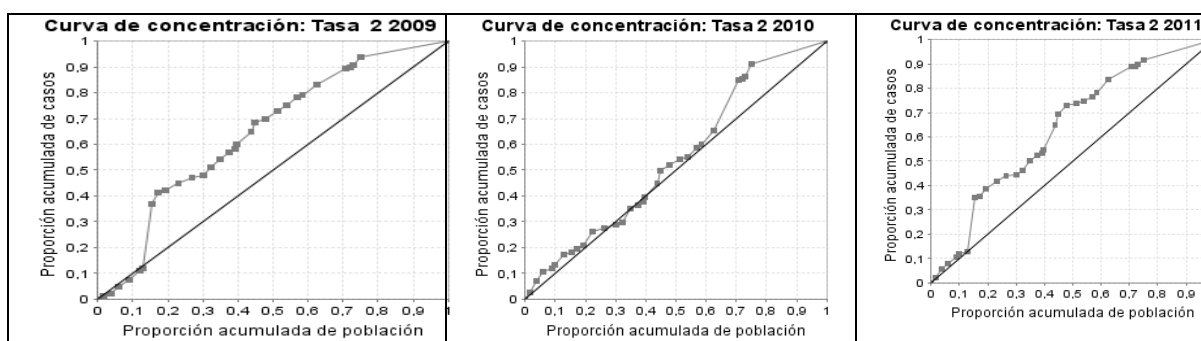


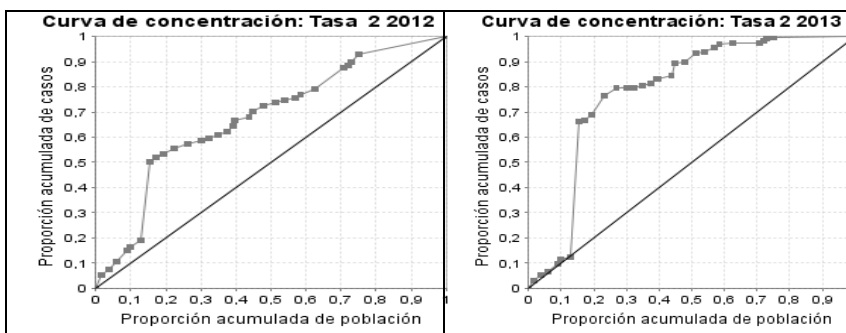
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en Mujeres, registrados en la tabla 40.

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por dicho evento es más alta en el municipio que presenta el más alto analfabetismo (López de micay), comparada con el municipio que presenta el analfabetismo más bajo (Popayán). La más alta diferencia se encuentra en el año 2013 donde la tasa de mortalidad por esta causa es 78,607 veces mayor en López de Micay que en Popayán. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** revela que para los años 2009 a 2012 las muertes por dicha causa fueron más altas en los municipios con altos índices de Analfabetismo, comparada con los municipios que presentan indicadores más bajos de analfabetismo. Mientras que para el año 2013 el IRD acotado fue - 8,69, indicando una mayor mortalidad en los municipios con mayores índices de analfabetismo. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009 a 2013 muestra que las curvas de concentración presentan tendencia negativa y están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con alto índice de analfabetismo se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo índice de analfabetismo. Para el año 2013 la curva de concentración tiende alejarse de la diagonal, evidenciando mayor desigualdad (Ver. Grafico 55).

Grafico 55 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración.



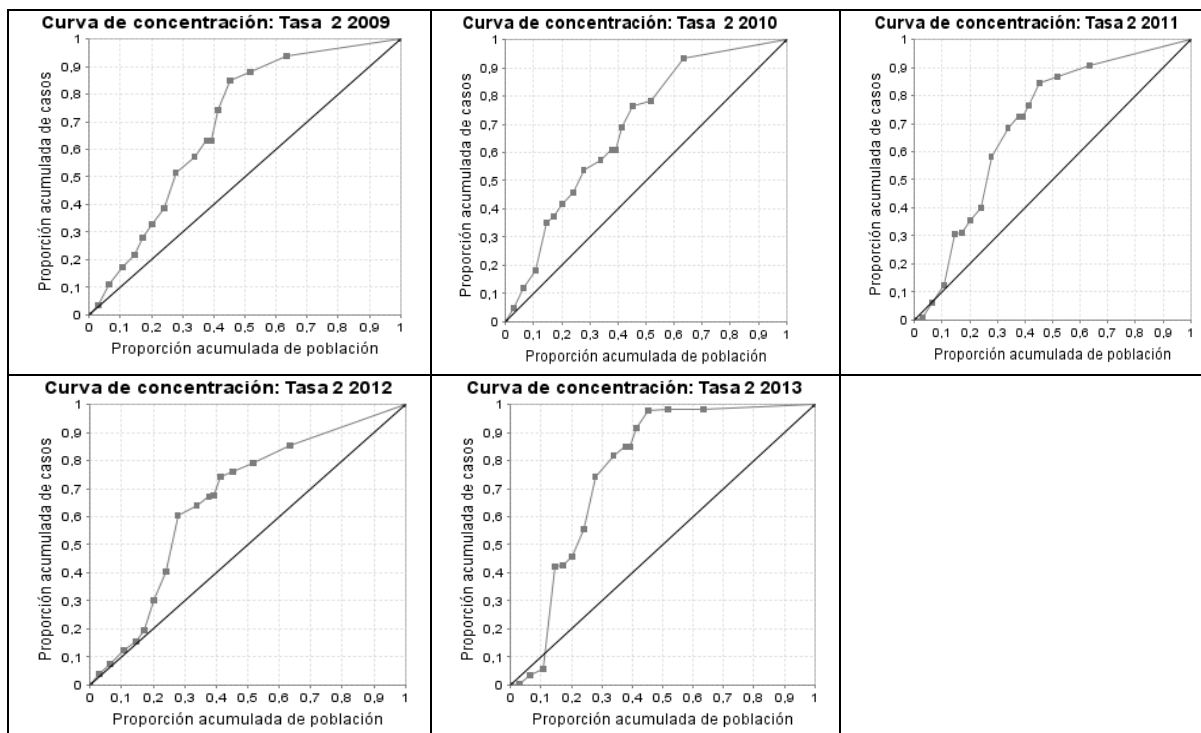


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por eventos de intención no determinada en Mujeres, registrados en la Tabla 40.

Los eventos de intención no determinada en mujeres según los resultados del **Cociente de tasas extremas** para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 la tasa de mortalidad por dicho evento es más alta en el municipio que presenta el mayor porcentaje de analfabetismo (Timbiquí), comparada con el municipio que presenta el menor porcentaje de analfabetismo (Popayán). Mientras que en el año 2011 el índice es menor que uno, evidenciando ausencia de desigualdad. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2012, indican que la mortalidad por esta enfermedad fue más alta en los municipios con mayor índice de analfabetismo, comparada con los municipios que presentan menor índice de analfabetismo, para el año 2013 se evidencia un incremento (- 32,19) mayor en la mortalidad por dicho evento en los municipios con alto índice de analfabetismo. Entre tanto en el **Índice de concentración** se evidencia un comportamiento similar en la población masculina que en la femenina, indicando que las curvas de concentración presentan una tendencia general a alejarse de la diagonal revelando mayor desigualdad, así mismo dichas curvas para los años 2009 a 2013 están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor índice de analfabetismo se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con menor índice de analfabetismo. (Ver. Grafico 56).

Grafico 56 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 41 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según cobertura de acueducto. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Cobertura Acueducto	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	1,871	2,527	1,635	1,108	62,288
	IRDA	3,719	2,358	37,769	2,756	-146,758
	IC	-0,279	-0,185	-0,527	-0,218	-0,579
Lesiones autoinflingidas	CT	4,456	2,835	30,855	3,579	8,063
	IRDA	7,759	2,302	-10,185	3,968	5,578
	IC	-0,26	-0,132	-0,413	-0,201	-0,235
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	1,096	1,084	1,465	0,99	0,167
	IRDA	1,169	0,719	1,058	0,694	0,074
	IC	-0,026	0,056	-0,01	0,061	0,291
Eventos de intención no determinada	CT	4,898	3,298	3,011	0,623	36,901
	IRDA	13,736	3,993	3,922	1,186	-8,295
	IC	-0,292	-0,202	-0,2	-0,029	-0,433

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

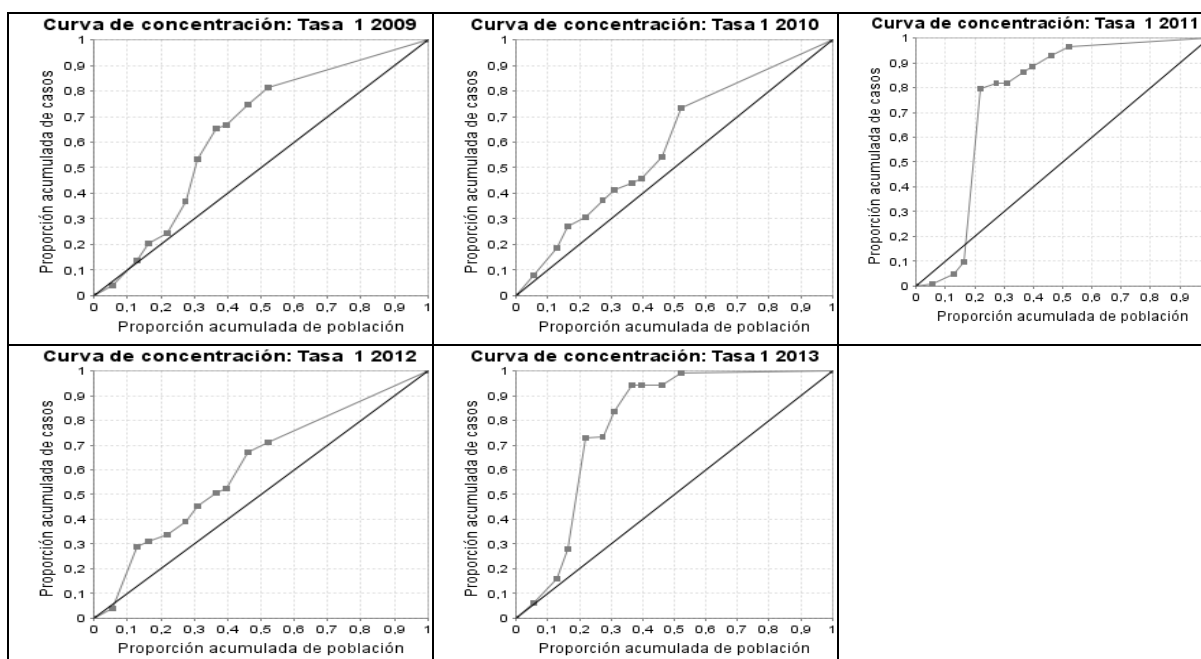
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Otros accidentes inclusive secuelas en hombres, registrados en la Tabla 41.

Con respecto a otros accidentes inclusive secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por este evento en todos los años

analizados, es mayor en el municipio con menor cobertura de acueducto (Guapi), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Popayán). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 62,288 veces mayor en Guapi que en Popayán. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2012, indica que las tasas de mortalidad por accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con coberturas bajas de acueducto, comparado con los municipios que presentan coberturas más amplias de acueducto, para el 2013 el IRD acotado revelo una mayor mortalidad por accidentes inclusive secuelas en los municipios con altas coberturas de alcantarillado. El **Índice de concentración** en general para los años 2009 a 2013 las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menor cobertura de acueducto, presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con mayores cobertura de acueducto. (Ver. Grafico 57).

Grafico 57 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración

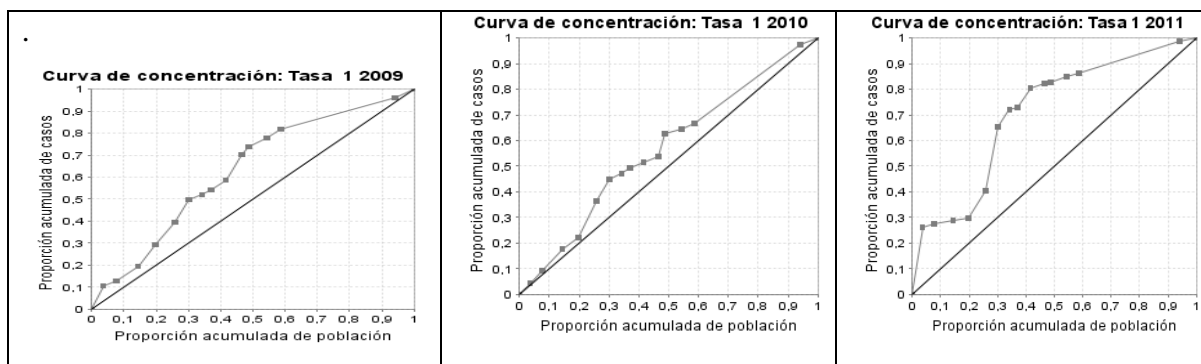


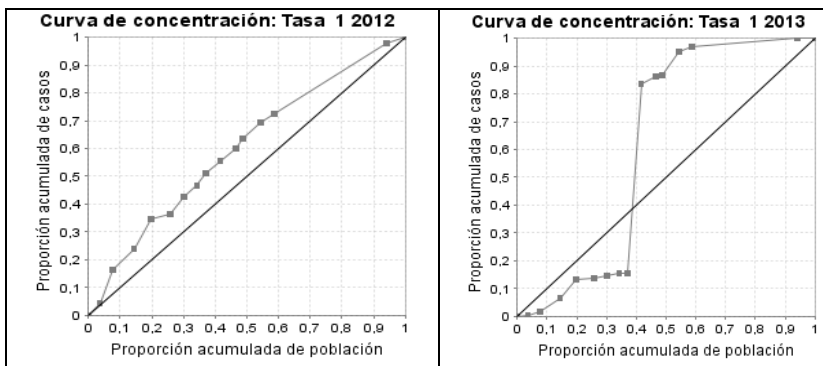
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Lesiones autoinflingidas y secuelas en hombres, registrados en la Tabla 41.

Las lesiones autoinflingidas en hombres según los valores del **Cociente de tasas extremas** muestra que la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados es mayor en el municipio con menor cobertura de acueducto (Argelia), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Puerto tejada). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2011 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 30,855 veces mayor en Argelia que en Puerto tejada. Por otro lado el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010, 2012 y 2013, revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas fueron más altas en los municipios con Coberturas más bajas de acueducto, comparada con los municipios que presentan coberturas más altas de acueducto. En el 2011 se evidenció un incremento mayor (-10,18) en la mortalidad por lesiones autoinflingidas en la población con coberturas bajas de acueducto. Respecto del **Índice de concentración** se observa que las curvas de concentración para los años 2009 a 2013, se encuentran por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menores coberturas de acueducto, presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que en los municipios con altas coberturas de acueducto. (Ver. Grafico 58).

Grafico 58 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración



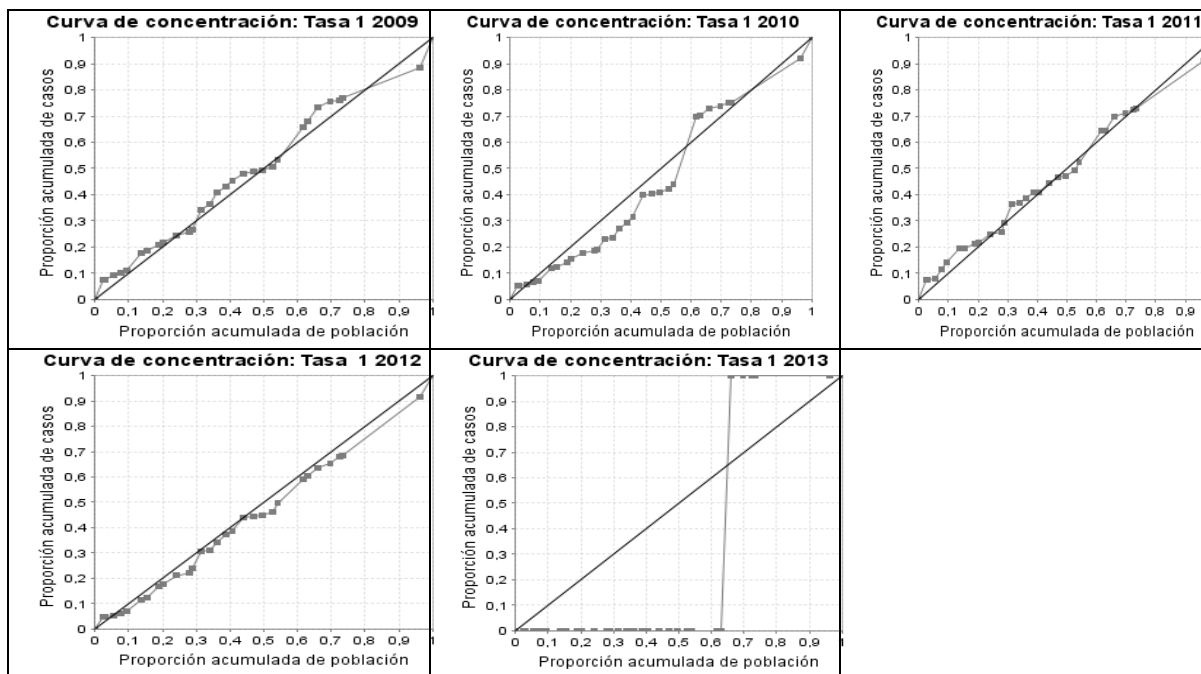


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres, registrados en la Tabla 41.

En las agresiones, homicidios y secuelas en hombres, según los valores **Cociente de tasas extremas** La tasa de mortalidad por este evento es mayor en el municipio con menor cobertura de acueducto (Argelia), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Puerto tejada) durante los años 2009 a 2011. En los años 2012 y 2013 el indicador tiene un resultado menor de 1 indicando que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con baja cobertura de acueducto. En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 y 2011 el IRD acotado en hombres, indica que las tasas de mortalidad por agresiones, fueron más altas en los municipios con coberturas bajas de acueducto, comparada con los municipios que presentan coberturas más altas de acueducto. Para los años 2010, 2012 y 2013 el IRD acotado reveló una mayor mortalidad por agresiones en los municipios con altas coberturas de alcantarillado. Con respecto al **Índice de concentración** Para los años 2009, 2011 y 2012 la curva se encuentra sobre la diagonal de igualdad, sugiriendo ausencia de desigualdad entre mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas y cobertura de acueducto. Mientras que en los años 2010 y 2013, la curva de concentración se encuentra por debajo de la diagonal de desigualdad, sugiriendo mayor mortalidad por esta causa en los municipios con mayor cobertura de acueducto. (Ver Gráfico 59).

Grafico 59 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración



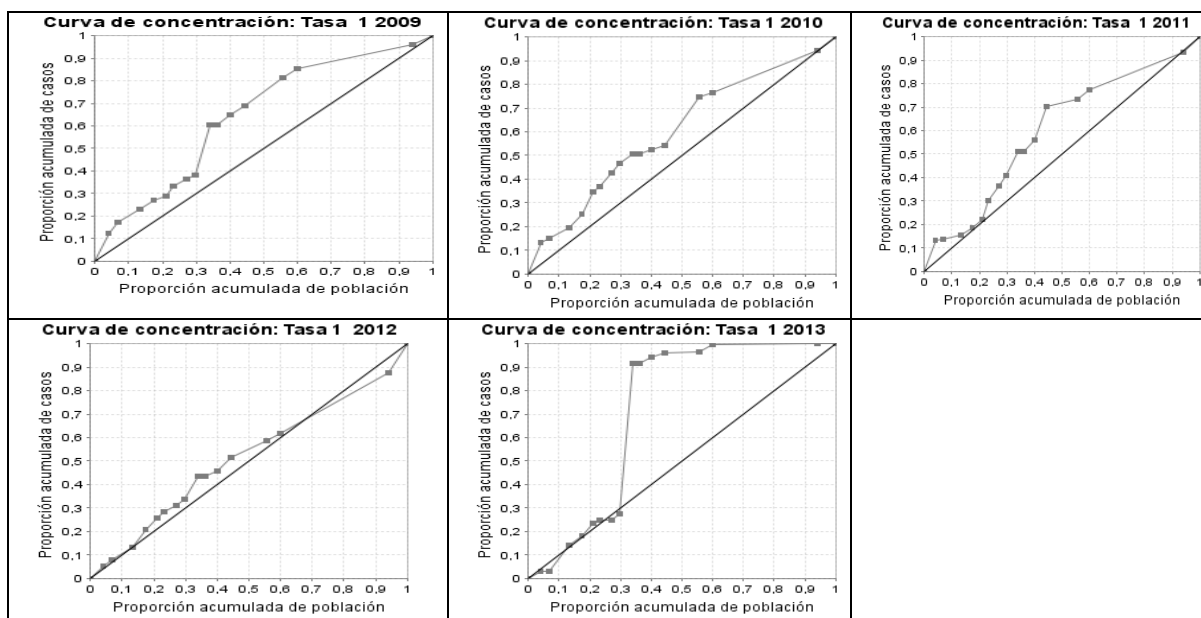
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Eventos de intención no determinada en hombres, registrados en la Tabla 41.

Los eventos de intención no determinada en hombres según el **Cociente de tasas extrema** revela que la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio con menor cobertura de acueducto (Inzá), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Puerto tejada) en todos los años a estudio, excepto en 2012 cuando se observa que no hay desigualdad a expensas de los municipios con baja cobertura de acueducto. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 al 2012 revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada, es más alta en los municipios con coberturas más bajas de acueducto , comparada con los municipios que presentan coberturas más altas de

acueducto. En el 2013 se evidenció un incremento mayor (-8,29) en la mortalidad por eventos de intención no determinada en los municipios con coberturas bajas de acueducto. Con respecto al **Índice de concentración** Se observa que las curvas de concentración presentan una tendencia general a alejarse de la diagonal revelando mayor desigualdad, así mismo dichas curvas para los años 2009 a 2013 están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menor cobertura de acueducto se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con mayor cobertura de acueducto. (Ver Gráfico 60).

Gráfico 60 Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 42 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa según cobertura de acueducto en mujeres. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	Cobertura Acueducto	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	4,825	3,176	1,884	3,778	51,253
	IRDA	6,45	7,404	13,135	6,722	8,817
	IC	-0,383	-0,404	-0,474	-0,389	-0,428
Lesiones autoinflingidas	CT	14,702	11,801	6,792	11,801	7,632
	IRDA	-7,845	-62,793	-12,221	-6,253	-41,14
	IC	-0,436	-0,347	-0,397	-0,467	-0,353
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	1,483	1,554	0,621	2,371	2,035
	IRDA	3,383	2,608	3,578	3,21	6,055
	IC	-0,185	-0,152	-0,192	-0,179	-0,245
Eventos de intención no determinada	CT	7,433	6,747	14,384	10,749	80,807
	IRDA	-14,072	265,81	-11,279	-10,801	-4,451
	IC	-0,389	-0,334	-0,404	-0,407	-0,537

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

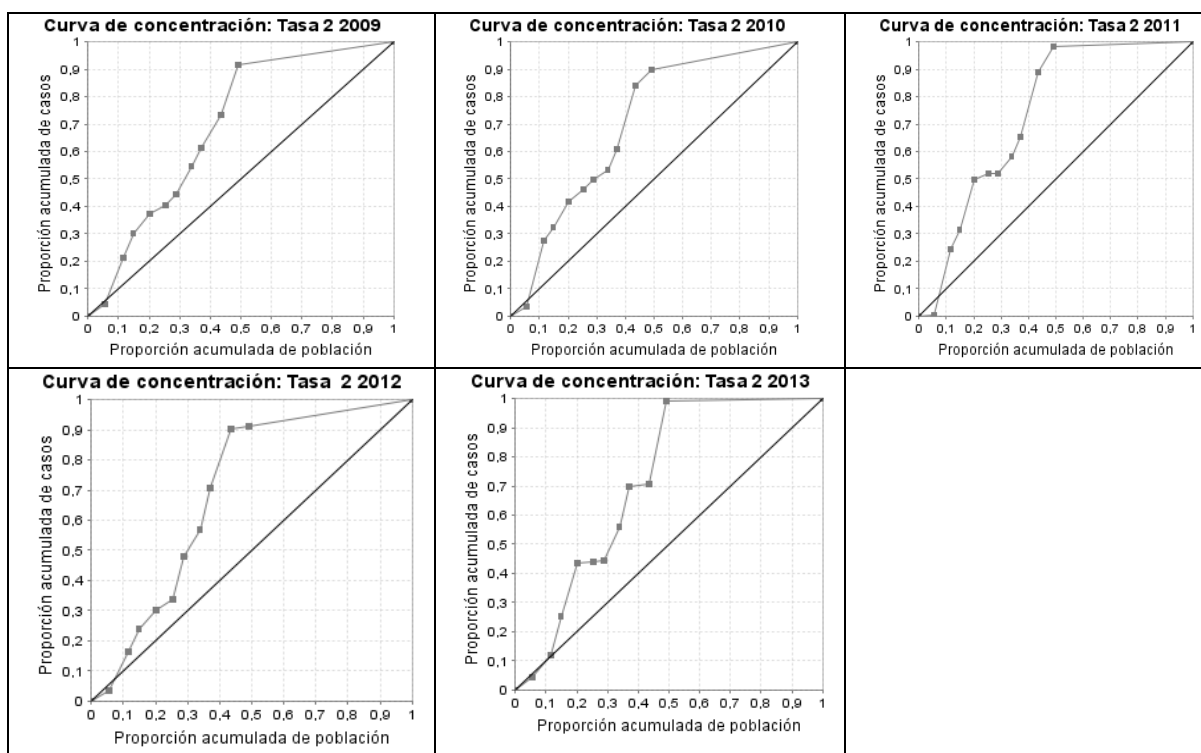
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 42.

Los otros accidentes inclusive secuelas en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** se tiene que la tasa de mortalidad por dicho evento en todos los años analizados, es mayor en el municipio con menor cobertura de acueducto (Guapi), comparada con el Municipio que

tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Popayán). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 51,253 veces mayor en Guapi que en Popayán. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013, indica que las tasas de mortalidad por accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con coberturas bajas de acueducto, comparado con los municipios que presentan coberturas más amplias de acueducto. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009 a 2013 las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, además se observa que en todos los años, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con bajas coberturas de acueducto se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con mayores coberturas de acueducto. (Ver. Grafico 61).

Grafico 61 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración.

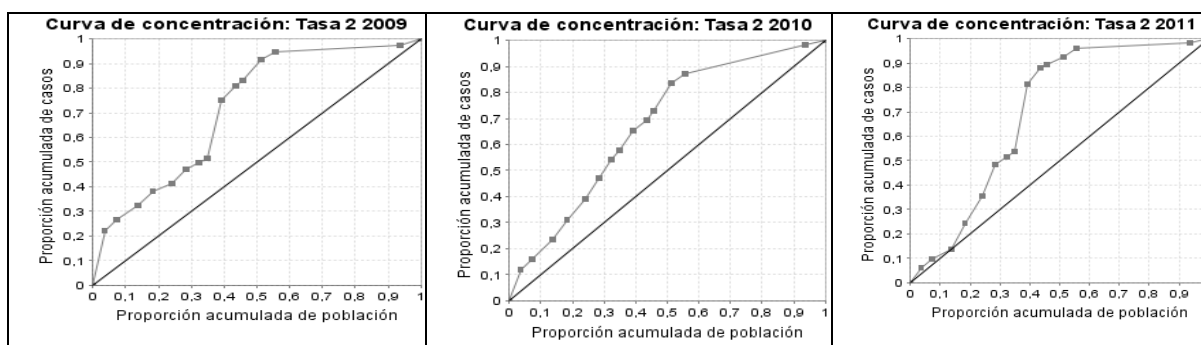


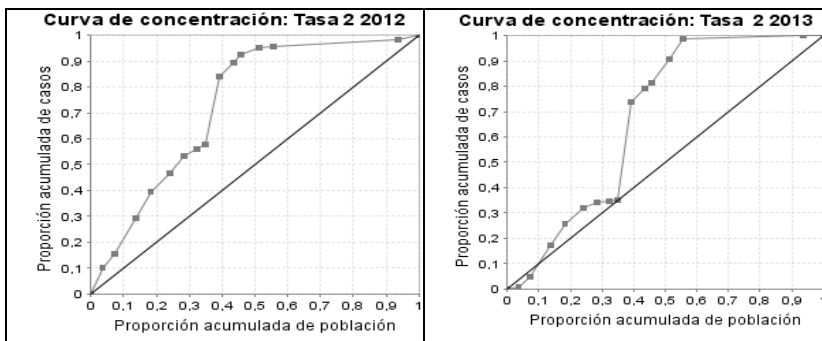
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por lesiones autoinflingidas en Mujeres, registrados en la Tabla 42.

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** revela que la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados, es mayor en el municipio con menor cobertura de acueducto (Argelia), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Puerto tejada). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2009 donde la mortalidad por esta causa es 14.702 veces mayor en Argelia que en Puerto Tejada. Respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas fueron más altas en los municipios con Coberturas más bajas de acueducto, comparada con los municipios que presentan coberturas más altas de acueducto. Entre tanto en el **Índice de concentración** se observa que las curvas de concentración para los años 2009 a 2013, se encuentran por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menores coberturas de acueducto, presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que en los municipios con altas coberturas de acueducto. (Ver Gráfico 62).

Gráfico 62 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración.



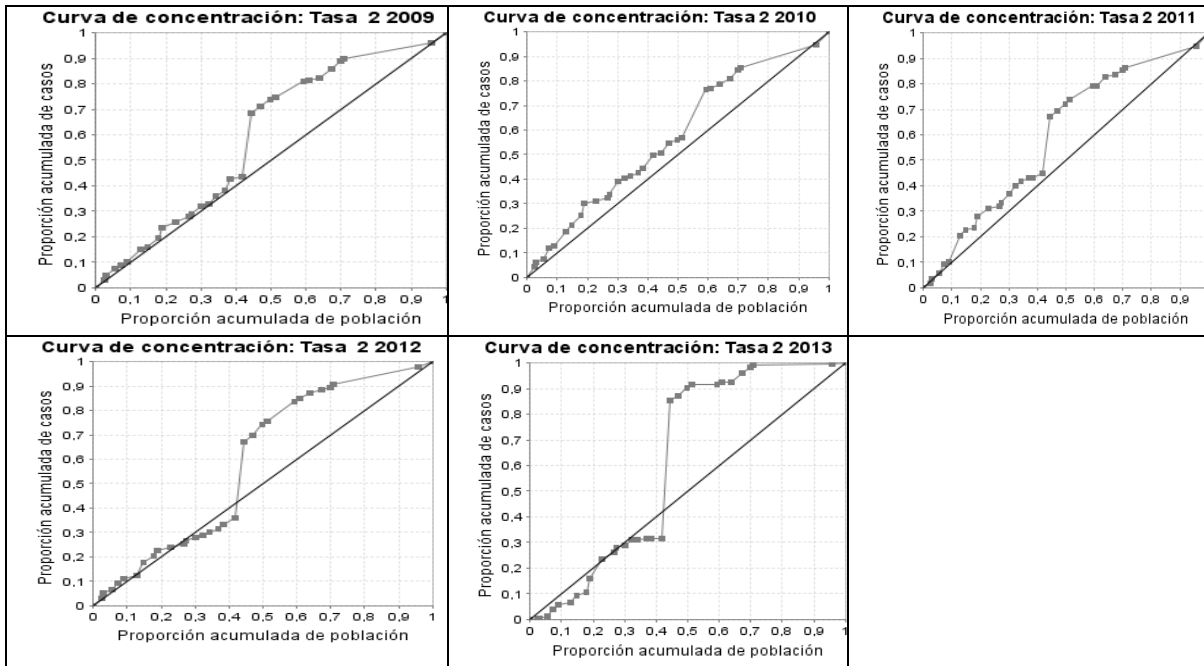


Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 42.

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados, es mayor en el municipio con menor cobertura de acueducto (Argelia), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Puerto tejada), excepto en 2011 donde el indicador menor de 1 demuestra ausencia de relación. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 revela que las tasas de mortalidad por agresiones, fueron más altas en los municipios con las coberturas más bajas de acueducto, comparada con los municipios que presentan coberturas más altas de acueducto. Entre tanto el **Índice de concentración** revela que en el periodo de estudio la curva de concentración se encuentra por encima de la diagonal con una tendencia negativa, lo que significa que en los municipios con baja cobertura de acueducto, se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con mayor cobertura de acueducto (Ver. Grafico 63).

Grafico 63 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración.



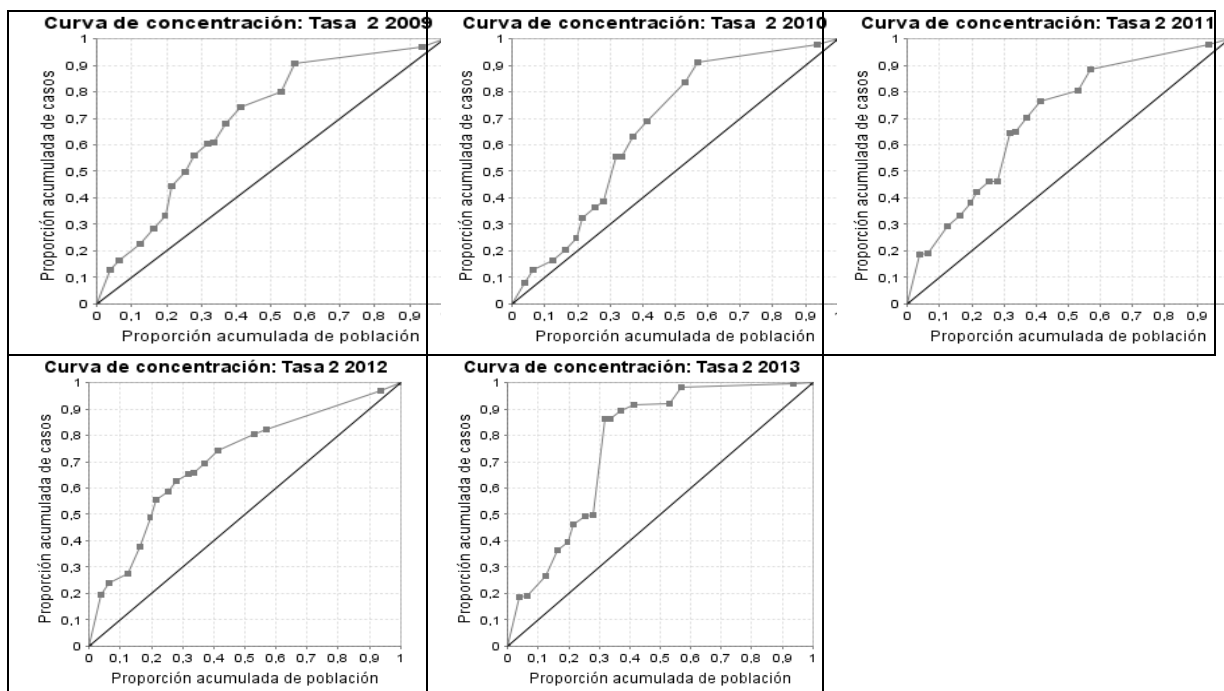
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por eventos de intención no determinada en Mujeres, registrados en la Tabla 42.

Los eventos de intención no determinada en mujeres según los resultados del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por este evento, en todos los años es mayor en el municipio con menor cobertura de acueducto (Inzá), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Puerto tejada). El año donde se evidencia mayor cociente es el 2013 donde la mortalidad por esta causa es 80,807 veces mayor en Inzá que en Puerto tejada. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 revela un incremento mayor en la mortalidad por eventos de intención no determinada, en los municipios con bajas coberturas de acueducto. Para el año 2010 el IRD acotado indica una mayor mortalidad por eventos de

intención no determinada en los municipios con baja cobertura de acueducto. Entre tanto en el **Índice de concentración** se observa que las curvas de concentración presentan una tendencia general a alejarse de la diagonal, evidenciando mayor desigualdad, así mismo dichas curvas para los años 2009 a 2013 están por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menor cobertura de acueducto se presentaron más muertes por eventos de intención no determinada, que en los municipios con mayor cobertura de acueducto. Comportamiento similar con la población masculina. (Ver. Grafico 64).

Grafico 64 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 43 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Eventos de causa externa en hombres según IRCA. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	IRCA	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Otros accidentes inclusive	CT	1,667	4,149	0,053	0,660	91,115

secuelas.	IRDA	2,346	24,936	-0,277	3,167	-0,006
	IC	-0,126	-0,29	0,563	-0,16	0,317
Lesiones autoinflingidas	CT	4,028	1,199	0,284	0,965	0,126
	IRDA	0,771	0,771	0,766	2,381	0,038
	IC	-0,186	0,044	0,044	-0,129	0,458
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	0,571	15,870	0,394	10,996	0,000
	IRDA	1,179	5,681	1,334	1,091	-0,485
	IC	-0,028	-0,24	-0,048	-0,014	0,967
Eventos de intención no determinada	CT	3,369	1,26	0,078	1,43	0,447
	IRDA	22,123	2,042	2,091	2,318	-0,053
	IC	-0,302	-0,117	-0,116	-0,127	0,368

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

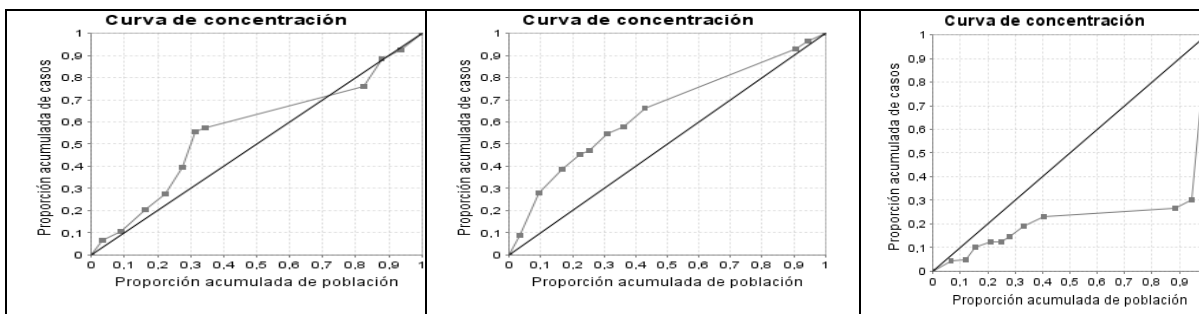
IC: Índice de concentración

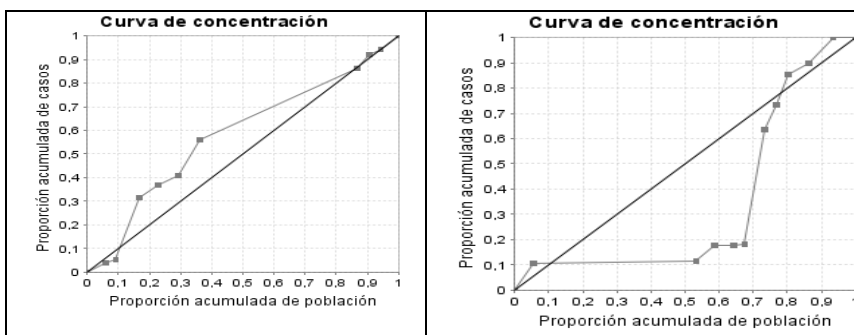
Interpretación de los indicadores de desigualdad por Otros accidentes inclusive secuelas en hombres, registrados en la Tabla 43.

Con respecto a otros accidentes inclusive secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** para el **año 2009**, la tasa de mortalidad por este evento es 1,667 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Mercaderes), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). Para el **año 2010**, la tasa de mortalidad en hombres por otros accidentes inclusive secuelas es 4,149 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Mercaderes), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Corinto). Para los **años 2011 y 2012** se evidencia ausencia de relación entre la tasa de mortalidad en hombres por otros accidentes inclusive secuelas con un mayor índice de

riesgo de calidad del agua – IRCA. Mientras que para el **año 2013**, la tasa de mortalidad en hombres por otros accidentes inclusive secuelas es 4,149 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Toribio), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía).el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010 y 2012, indica que las tasa de mortalidad por accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con alto índice de riesgo de calidad del agua, comparado con los municipios que presentan bajo índice de riesgo de calidad del agua. Mientras que para los años 2011 y 2013 el IRD revela mayor mortalidad por accidentes inclusive secuelas en los municipios con bajo índice de riesgo de calidad del agua. El **Índice de concentración** para los años 2009, 2010 y 2012 revela que la curva de concentración está por encima de la diagonal con tendencia negativa, lo que significa que en los municipios con alto IRCA se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo IRCA. Mientras que para los años 2011 y 2013 la curva de concentración está por debajo de la diagonal con tendencia positiva, lo que significa que en los municipios con bajo IRCA se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con alto IRC (Ver. Grafico 65).

Grafico 65 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según IRCA. Índice de Concentración





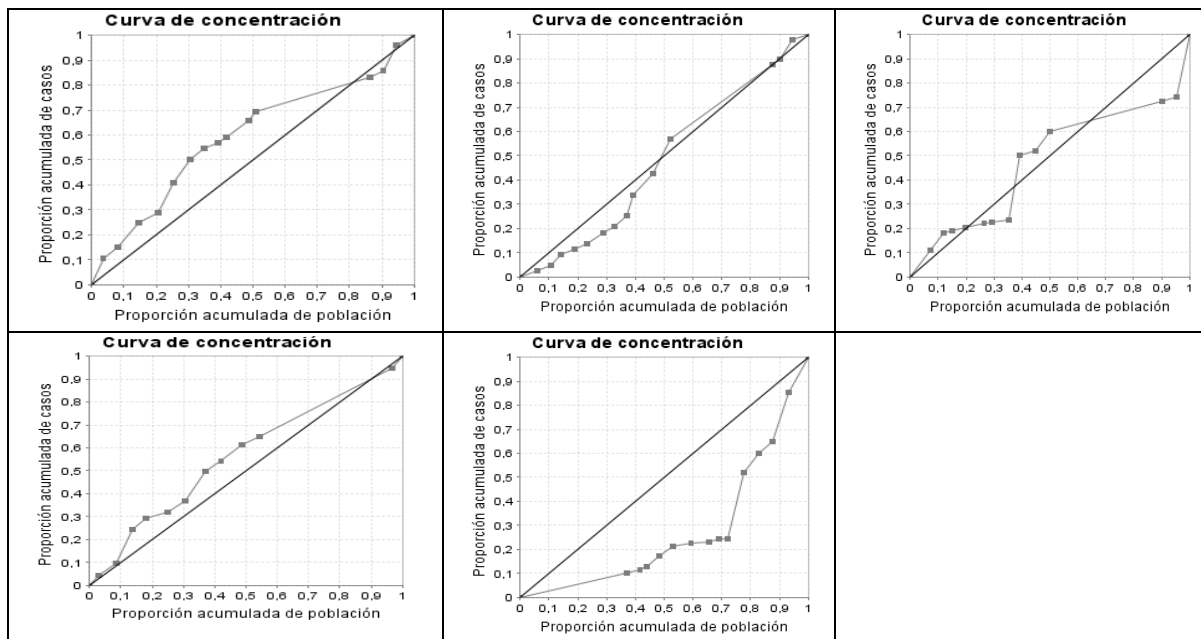
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Lesiones autoinflingidas y secuelas en hombres, registrados en la Tabla 43.

Las lesiones autoinflingidas en hombres según los valores del **Cociente de tasas extremas** revela que para el **año 2009**, la tasa de mortalidad en hombres por lesiones autoinflingidas intencionadas, suicidios es 4,028 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Argelia), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Piendamó). Así mismo para el **año 2010**, la tasa de mortalidad en hombres por lesiones autoinflingidas intencionadas, suicidios es 1,199 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Puerto tejada), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Piendamó). Mientras que para los **años 2011, 2012 y 2013** se evidencia ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad en hombres por lesiones autoinflingidas intencionadas, suicidios con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA. Por otro lado el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010, 2011 y 2013, revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas fueron más altas en los municipios con bajo índice de riesgo de calidad del agua, comparada con los municipios que presentaron mayor índice de riesgo de calidad de agua. Mientras que para el año 2012 la tasa de mortalidad por este evento se presentaron en los municipios con mayor índice de riesgo de calidad del agua. Respecto del **Índice de concentración** en hombres se observa que la curva de

concentración para los años 2009 y 2012, tiene una tendencia negativa y se encuentran por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor o peor IRCA se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que en los municipios con bajo IRCA. Mientras que para los años 2010, 2011 y 2013 se observa que la curva de concentración se encuentra ligeramente por debajo de la diagonal con tendencia positiva, lo que significa que el mayor número de muertes por lesiones autoinflingidas se presenta en los municipios con mejor o bajo IRCA (Ver. Grafico 66).

Grafico 66 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en hombres según IRCA. Índice de Concentración.



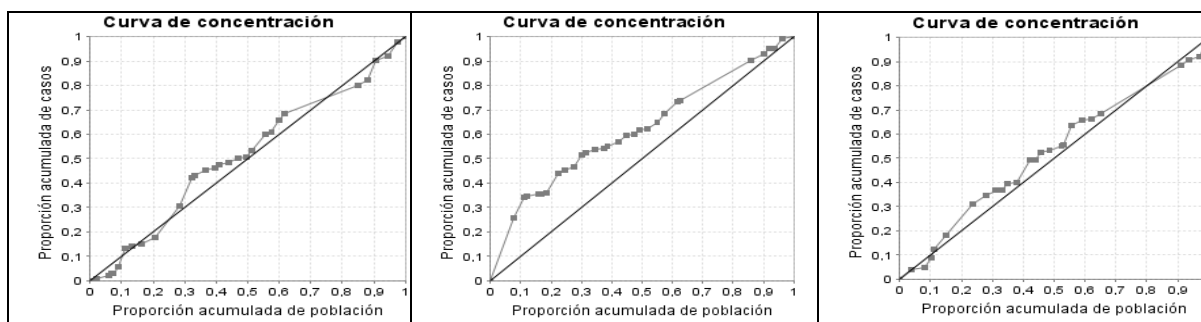
Fuente: Elaboración propia

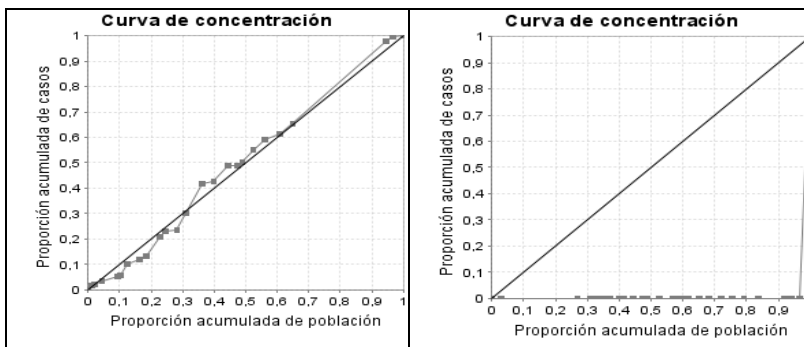
Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en hombres, registrados en la Tabla 43.

En las agresiones, homicidios y secuelas en hombres, según los valores **Cociente de tasas extremas** se tiene que para los años **2009, 2011 y 2013** se evidencia ausencia de

desigualdad entre la tasa de mortalidad por este evento en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA comparada con el municipio que tiene el más bajo índice de riesgo de calidad del agua. Mientras que para el **año 2010** la tasa de mortalidad por agresiones, homicidios es 15,870 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Miranda), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Piendamó). Así mismo para el **año 2012**, la tasa de mortalidad por este evento es 10,996 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Sucre), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Toribio). En cuanto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** Para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 indica que las tasas de mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas, fueron más altas en los municipios con peor índice de riesgo de calidad de agua. Mientras que para el año 2013 el IRD acotado indica que la tasa por dicho evento fue más alta en los municipios con bajo índice de riesgo de calidad de agua. Con respecto al **Índice de concentración** para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal con una tendencia negativa, lo que significa que en los municipios con alto índice de riesgo de calidad de agua, se presentan más muertes por agresiones, homicidios y secuelas, que en los municipios con bajo IRCA. Mientras que para el año 2013 la curva de concentración está por debajo de la diagonal, lo que significa que en los municipios con bajo IRCA se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con alto IRCA. (Ver Gráfico 67).

Gráfico 67 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en hombres según IRCA . Índice de Concentración.





Fuente: Elaboración propia

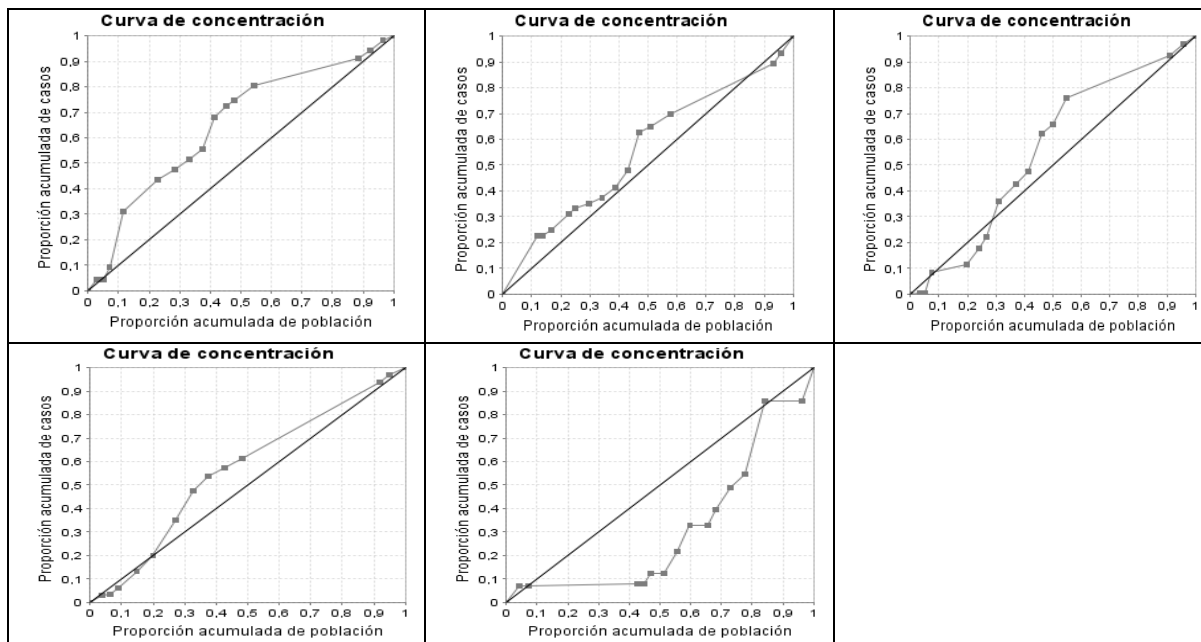
Interpretación de los indicadores de desigualdad por Eventos de intención no determinada en hombres, registrados en la Tabla 43.

Los eventos de intención no determinada en hombres según el **Cociente de tasas extrema** revela que para el **año 2009**, la tasa de mortalidad en hombres por eventos de intención no determinada es 3,369 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Timbiquí), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Morales). Así mismo para el **año 2010**, la tasa de mortalidad por este eventos es 1,260 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Santander de Quilichao), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Corinto). En el mismo sentido en el **año 2012**, la tasa de mortalidad es 1,430 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Timbiquí), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Toribio). Mientras que para los **años 2011 y 2013** se evidencia ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad por dicho evento con un mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA.

Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada, fueron mayores en los municipios con índices de riesgo IRCA más altos, mientras que para el año 2013 revela que la tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada, fue mayor

en los municipios con índice de riesgo de calidad del agua más bajo. Con respecto al **Índice de concentración** se observa que para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 en la curva de concentración está por encima de la diagonal con tendencia negativa, lo que significa que se presenta mayor número de muertes por este evento en los municipios con IRCA alto. Mientras que para el año 2013 la curva de concentración presenta una tendencia positiva, lo que significa que se presentan mayor número de muertes por eventos de intención no determinada, en los municipios con índices de riesgo IRCA bajo (Ver Gráfico 68).

Gráfico 68. Desigualdades en la Mortalidad por Eventos de intención no determinada en hombres según IRCA. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 44 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por consulta externa según IRCA en mujeres. Cauca 2009-2013.

Eventos de causa externa	IRCA	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Otros accidentes inclusive secuelas.	CT	1,405	0,808	1,108	0,37	23,473
	IRDA	13,381	23,813	3,375	1,678	-0,110

	IC	-0,265	-0,281	-0,166	-0,075	0,379
Lesiones autoinflingidas	CT	3,820	0,138	0,310	1,705	0,016
	IRDA	-11,002	1,512	2,492	-5,041	-0,110
	IC	-0,399	-0,068	-0,138	-0,464	0,533
Agresiones homicidios, secuelas.	CT	1,206	3,923	0,429	1,324	18,702
	IRDA	6,799	5,68	0,944	4,81	0,672
	IC	-0,249	-0,24	0,01	-0,217	0,066
Eventos de intención no determinada	CT	0,886	1,235	0,203	1,486	0,89
	IRDA	3,046	8,339	1,528	25,412	0,311
	IC	-0,165	-0,26	-0,068	-0,289	0,171

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

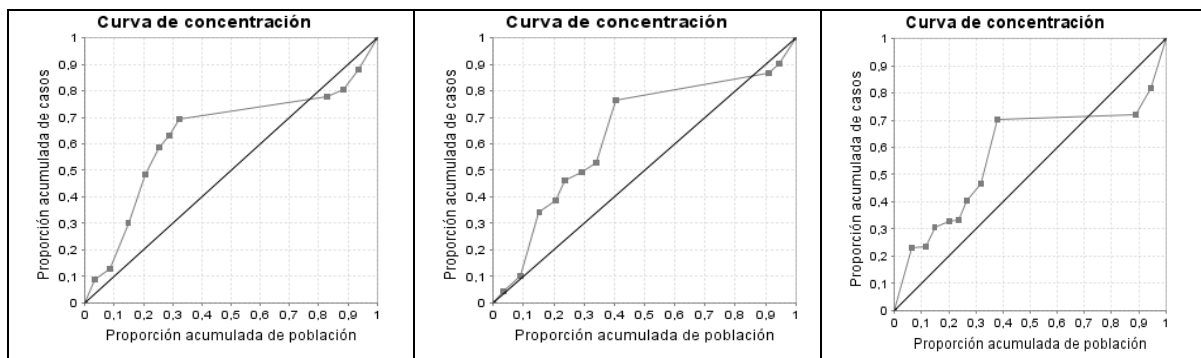
IC: Índice de concentración

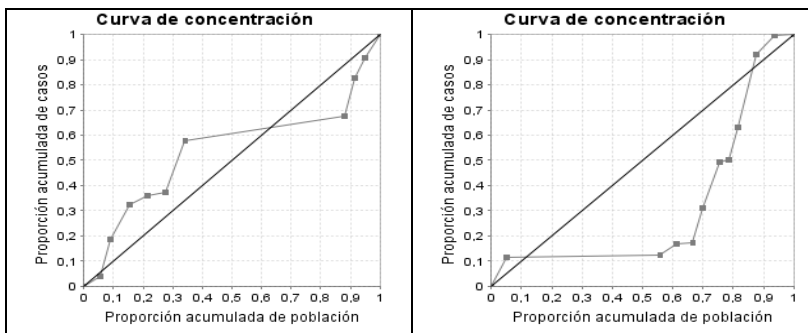
Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 44.

Los otros accidentes inclusive secuelas en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** Para el año 2009, la tasa de mortalidad en mujeres por otros accidentes inclusive secuelas es 1,405 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Mercaderes), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). Para el año 2011, la tasa de mortalidad en mujeres por otros accidentes inclusive secuelas es 1,108 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Patía), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Corinto). Para el año 2013, la tasa de mortalidad en mujeres por otros accidentes inclusive secuelas es 23,473 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Toribio), comparada con el municipio que tiene las mejores

condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). Para el año 2010 Y 2012 hay ausencia de relación entre la tasa de mortalidad en mujeres por este evento en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua, comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para esos mismos años el IRCA más bajo. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 indica que las tasas de mortalidad por accidentes inclusive secuelas, fueron más altas en los municipios con peor índice de riesgo de calidad de agua, mientras que para el año 2013 revela que la tasa de mortalidad por este evento fue mayor en los municipios con índice de riesgo de calidad del agua más bajo. Entre tanto el **Índice de concentración** para el año 2009, 2010, 2011 y 2012 indica que la curva de concentración está por encima de la diagonal, tiene tendencia negativa, lo que significa que en los municipios con alto IRCA se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo IRCA. Mientras que para el año 2013 la curva de concentración está por debajo de la diagonal con tendencia positiva, lo que significa que en los municipios con bajo IRCA se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con alto IRCA. (Ver. Gráfico 69).

Gráfico 69 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según IRCA. Índice de Concentración





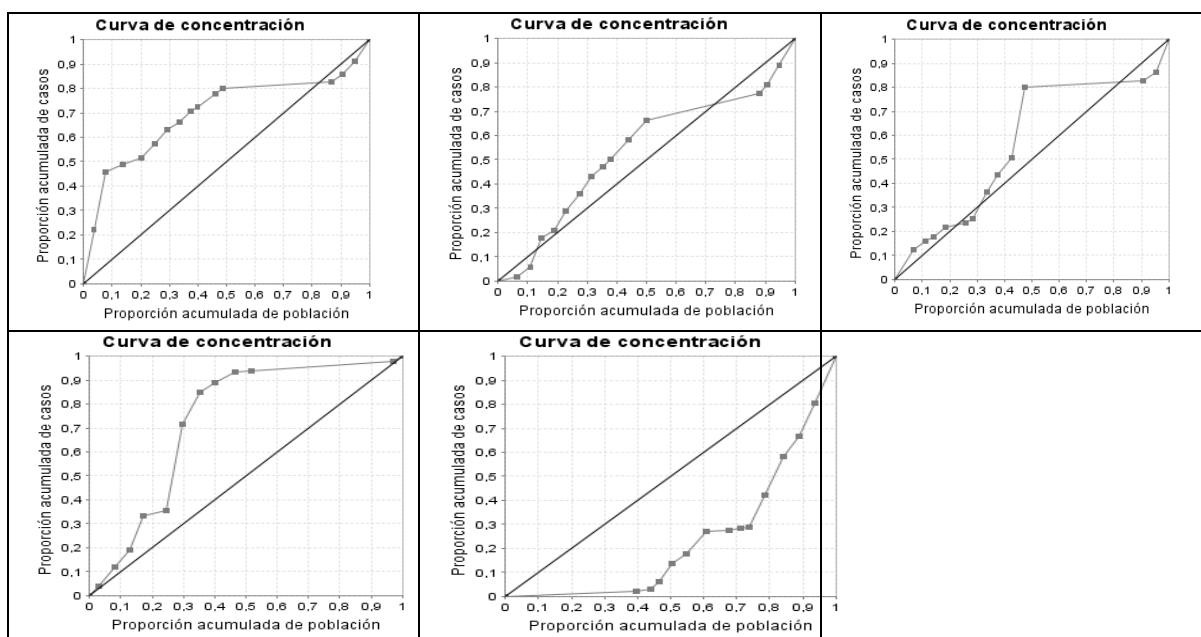
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por lesiones autoinflingidas en Mujeres, registrados en la Tabla 44.

Con respecto a las lesiones autoinflingidas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** revela que para el año 2009, la tasa de mortalidad en mujeres por lesiones autoinflingidas intencionadas, suicidios es 3,820 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Argelia), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Piendamó). De igual manera para el año 2012, la tasa de mortalidad por este evento es 1,705 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Caloto), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Suarez). Mientras que para el año 2010, 2011 y 2012 se evidencia ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad en mujeres por lesiones autoinflingidas intencionadas, suicidios y el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA. Respecto al **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 revela que las tasas de mortalidad por lesiones autoinflingidas y secuelas fueron más altas en los municipios con mayor índice de riesgo de calidad del agua, comparada con los municipios que presentan bajo índice de riesgo de calidad del agua. El **Índice de concentración** en las mujeres al igual que en los hombres el comportamiento es similar, se observa que la curva de concentración para el año 2009, 2010, 2011 y 2012 tiene una tendencia negativa y se encuentran por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor IRCA se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que

en los municipios con bajo IRCA, así mismo se aleja de la diagonal indicando mayor desigualdad. Para el año 2013 la curva de concentración se encuentra por debajo de la diagonal, lo que significa que en los municipios con bajo IRCA se presentaron más muertes por lesiones autoinflingidas que en los municipios con mayor IRCA. (Ver Gráfico 70).

Gráfico 70 Desigualdades en la Mortalidad por lesiones autoinflingidas en Mujeres según IRCA. Índice de Concentración



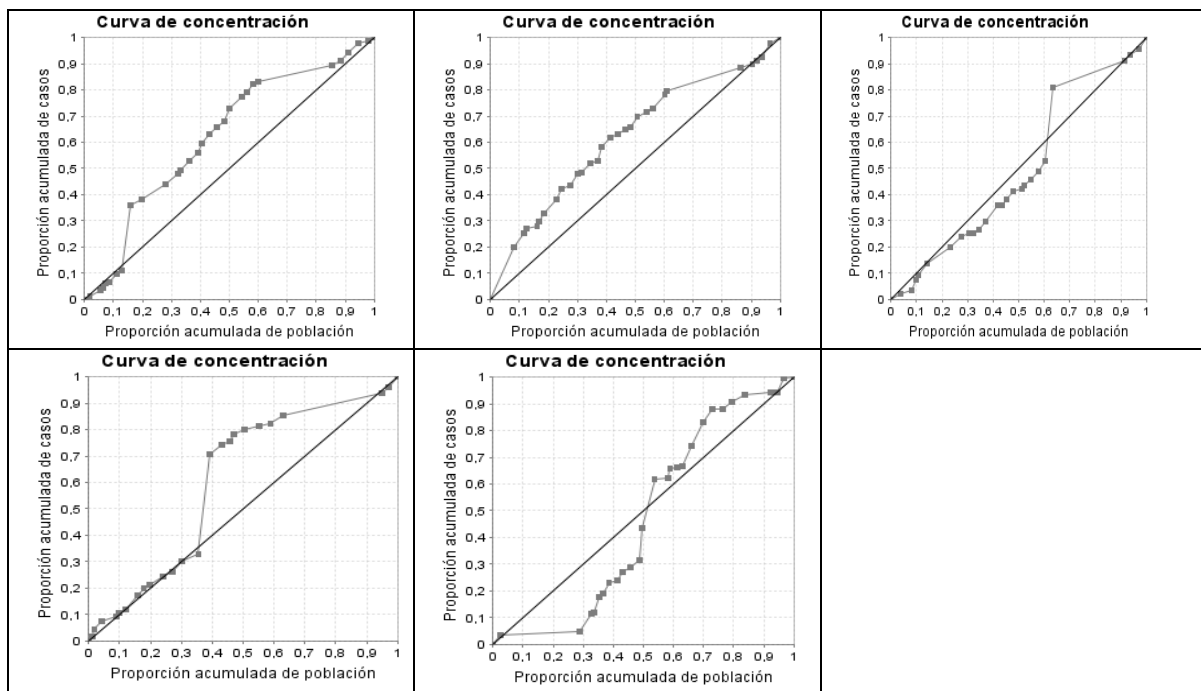
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por agresiones, homicidios, secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 44.

Las agresiones, homicidios, secuelas en mujeres según los valores del **Cociente de tasas extremas** revelan que para el año 2009, la tasa de mortalidad por este evento es 1,206 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (López de micay), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Morales), para el año 2010, la tasa de mortalidad es 3,923 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA

(Miranda), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Piendamó), para el año 2012 la tasa de mortalidad es 1,324 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Sucre), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Toribio). Para el año 2013 la mortalidad es 18,702 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Toribio), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). Mientras que para el año 2011 se evidencia ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad en mujeres por agresiones, homicidios con el mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA, representado en un índice menor de 1. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010 y 2012 revela que la mayor tasa de mortalidad por agresiones en mujeres, se presentaron en los municipios con altos índices de riesgo de calidad del agua, comparada con los municipios que presentan bajos índices de riesgo de la calidad del agua. Mientras que para los años 2011 y 2013 el IRD acotado, revela que las mayores tasas de mortalidad por este evento se presentaron en los municipios con bajo índices de riesgo de calidad del agua, comparada con los municipios que presentan mayores índices de riesgo de la calidad del agua. En cuanto al **Índice de concentración** indica que para los años 2009, 2010 y 2012 en los mujeres, la curva de concentración está por encima de la diagonal, tiene tendencia negativa, lo que significa que en los municipios con alto índice de riesgo de calidad del agua, se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo IRCA. Mientras que para el año 2011 y 2013 la curva de concentración está por debajo de la diagonal con tendencia positiva, lo que significa que en los municipios con bajo IRCA se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con alto IRCA. (Ver. Grafico 71).

Grafico 71 Desigualdades en la Mortalidad por agresiones, homicidios y secuelas en Mujeres según IRCA. Índice de Concentración



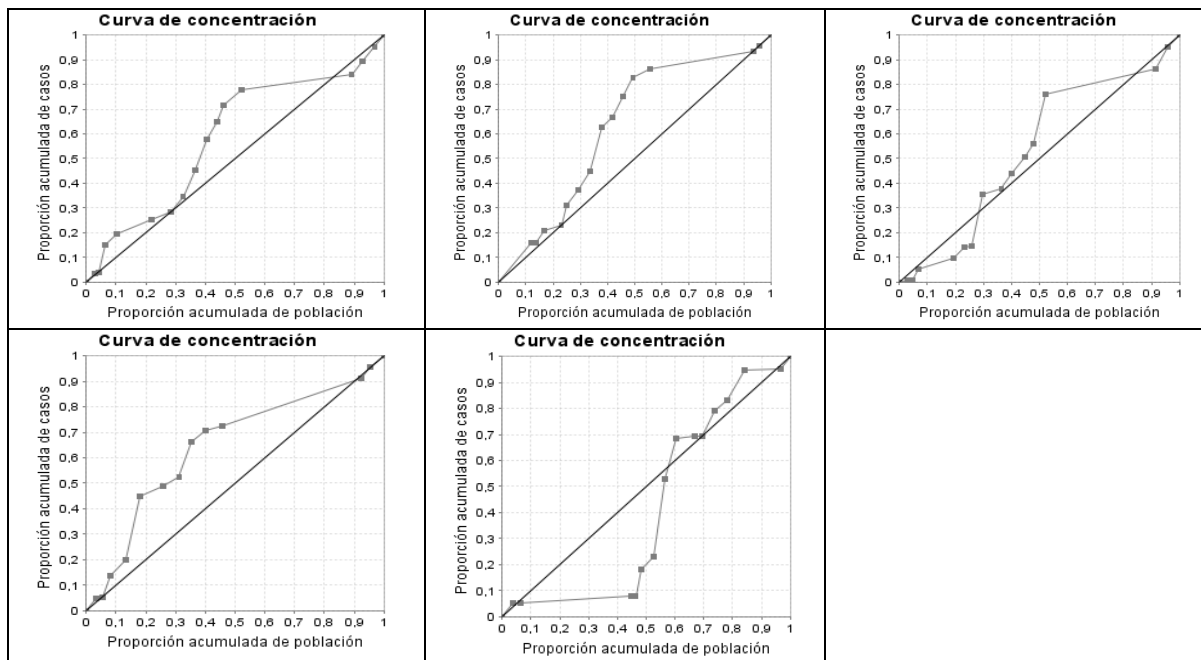
Fuente: Elaboración propia

Interpretación de los indicadores de desigualdad por eventos de intención no determinada en Mujeres, registrados en la Tabla 44.

Los eventos de intención no determinada en mujeres según los resultados del **Cociente de tasas extremas** para los años 2009, 2011 y 2013 se evidencia ausencia de relación entre la tasa de mortalidad por dicho evento con el mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA. Mientras que para el año 2010, la tasa de mortalidad en mujeres por eventos de intención no determinada es 1,235 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Santander de Quilichao), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Corinto). Así mismo para el año 2012, la tasa de mortalidad en mujeres por eventos de intención no determinada es 1,486 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Timbiquí), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Toribio). Entre tanto el

Índice Relativo de Desigualdad Acotado para los años 2009, 2010, 2011 y 2012, revela que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada, fueron mayores en los municipios con índices de riesgo de calidad del agua más altos. A diferencia del año 2013 el IRD acotado es menor a 1, indicando que las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada, fueron mayores en los municipios con índice de riesgo de calidad del agua bajo. En el mismo sentido el **Índice de concentración** Para los años 2009, 2010, 2011 y 2012 en los mujeres, la curva de concentración está por encima de la diagonal, tiene tendencia negativa, lo que significa que en los municipios con alto Índice de riesgo de calidad del agua se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con bajo IRCA. A diferencia del año 2013 la curva de concentración está por debajo de la diagonal con tendencia positiva, lo que significa que en los municipios con bajo IRCA se presentan más muertes por otros accidentes inclusive secuelas, que en los municipios con alto IRCA. (Ver. Grafico 72).

Grafico 72 Desigualdades en la Mortalidad por eventos de intención no determinada en Mujeres según IRCA. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

10.3 DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS

10.3.1 Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes Mellitus según modelo de comparación dos a dos, modelo de Regresión y Modelo de Concentración:

Tabla 45 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus en hombres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	0,156	0,352	0,226	0,071	0,330
	IRDA	-8,997	6,687	0,744	4,398	-2,486
	IC	-0,413	-0,245	0,049	-0,209	-0,771

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

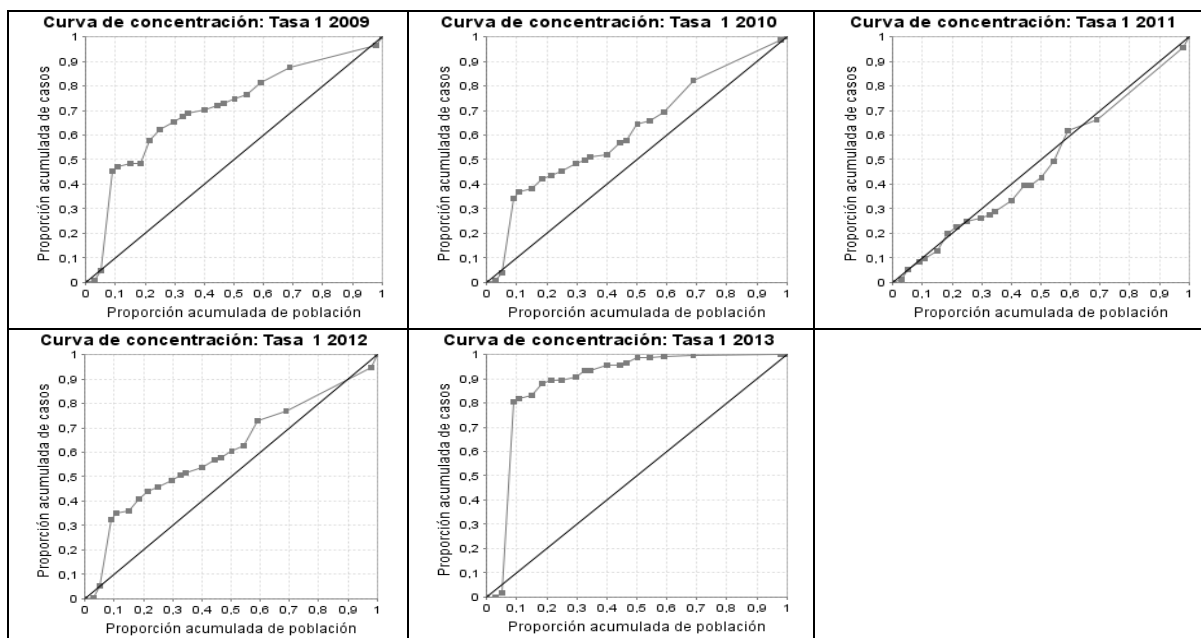
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en hombres, registrados en la Tabla 45.

El índice de **Cociente de tasas extremas** para los hombres, muestra valores menores que uno en todos los años analizados, evidenciando ausencia de desigualdad entre la mortalidad por diabetes mellitus y los municipios con menor agregado municipal VAM. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 y 2013 se observa un incremento (-8,99 y -2,48) indicando que la mortalidad por esta enfermedad se presenta en los municipios con peor VAM. Para 2010 y 2012 se observa que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presenta con un incremento en los municipios con bajas condiciones del VAM. Además para el año 2011 se logra observar que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presentan en municipios con mejores condiciones del

VAM. En cuanto al **Índice de concentración** en general las curvas tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, se observa que en los años 2009, 2010, 2012 y 2013 la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menor VAM se presentaron más muertes por diabetes mellitus, que en los municipios con mejor VAM. Contrario a esto las curvas de concentración para el año 2011, se presenta mayor mortalidad por ésta causa en los municipios con mejor VAM (Grafico 73).

Grafico 73 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según el valor agregado municipal VAM. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 46 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus en mujeres según VAM. Cauca 2009-2013

Eventos de causa externa	VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	0,476	0,359	0,248	0,238	0,349

	IRDA	4,064	1,334	0,654	1,198	-2,421
	IC	-0,200	-0,047	0,069	-0,03	-0,788

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

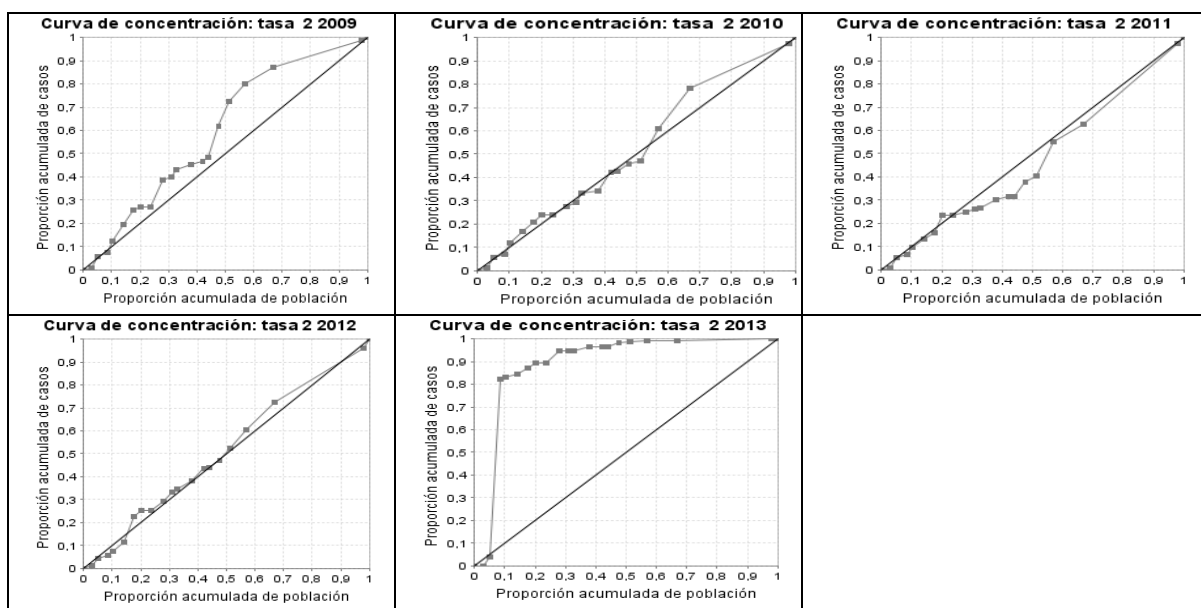
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en Mujeres, registrados en la Tabla 46.

La diabetes mellitus en mujeres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** muestra el índice valores menores que uno en todos los años analizados, evidenciando ausencia de desigualdad a expensas de los municipios con menor VAM. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para el año 2013 se observa un incremento (-2,42) indicando que la mortalidad por esta enfermedad se presenta en los municipios con peor VAM. Para 2009, 2010 y 2012 se observa que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presenta con un incremento en los municipios con bajas condiciones del VAM. No obstante para el año 2011 se logra observar que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presentan en municipios con mejores condiciones del VAM. Mientras que **El Índice de concentración** en general las curvas tienden a acercarse a la diagonal, sin embargo se observa que en los años 2009, 2010, 2012 y 2013 la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menor VAM se presentaron más muertes por diabetes mellitus, que en los municipios que tienen mejor VAM. Contrario a esto la curva de concentración para el año 2011, se presenta mayor mortalidad por ésta causa en los municipios con mejor VAM (ver gráfico 74).

Grafico 74 Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes Mellitus en Mujeres según el valor agregado municipal VAM. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 47 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes mellitus en hombres según NBI. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	NBI 2012	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	0,274	0,274	0,202	0,095	0,269
	IRDA	-16,293	5,018	0,606	2,605	-2,86
	IC	-0,387	-0,227	0,083	-0,151	-0,717

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

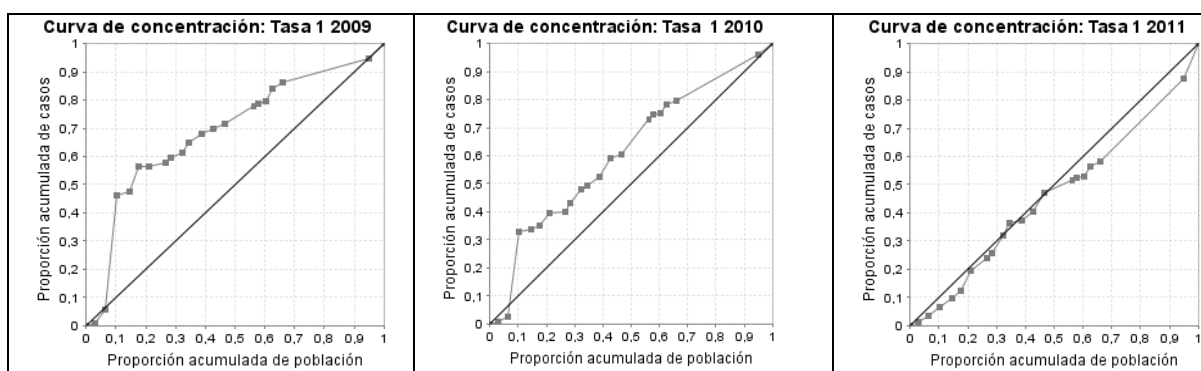
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

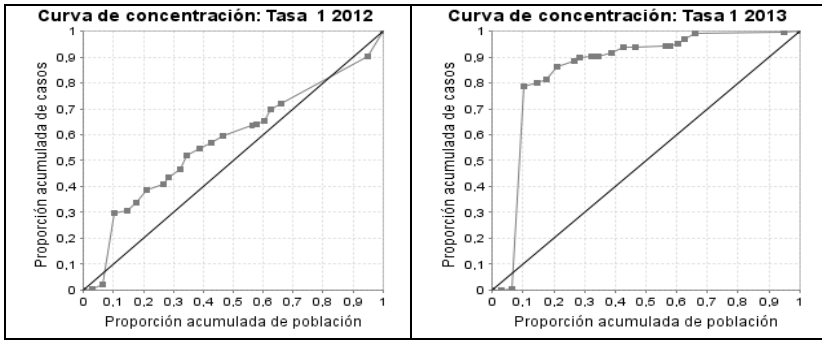
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Diabetes mellitus en hombres, registrados en la Tabla 47.

Para otros accidentes inclusive secuelas en hombres, el **Cociente de tasas extremas** en todos los años analizados 2009 a 2013, el índice muestra valores menores que 1, indicando ausencia de desigualdad a expensas de los municipios con mayor índice de NBI. Se tiene que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 y 2013 se observa un incremento (-16,29 y -2,86) indicando que la mortalidad por esta enfermedad se presenta en los municipios con peor NBI. Para 2010 y 2012 se observa que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presenta con un incremento en los municipios con bajo NBI, para el año 2011 se logra observar que la mortalidad por esta enfermedad se presentan en municipios con NBI bajo. Mientras tanto en el **Índice de concentración** en general las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal, evidenciando desigualdad, además se observa que en los años 2009, 2010, 2012 y 2013 la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con menor VAM se presentaron más muertes por diabetes mellitus, que en los municipios que tienen mejor VAM. Contrario a esto la curva de concentración para el año 2011, se presenta mayor mortalidad por ésta causa en los municipios con mejor VAM. (Ver. Grafico 75)

Grafico 75 Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes Mellitus en hombres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 48 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus en mujeres según NBI. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	0,231	0,175	0,108	0,310	0,187
	IRDA	1,889	0,729	0,347	1,067	-2,834
	IC	-0,104	0,053	0,162	-0,011	-0,722

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

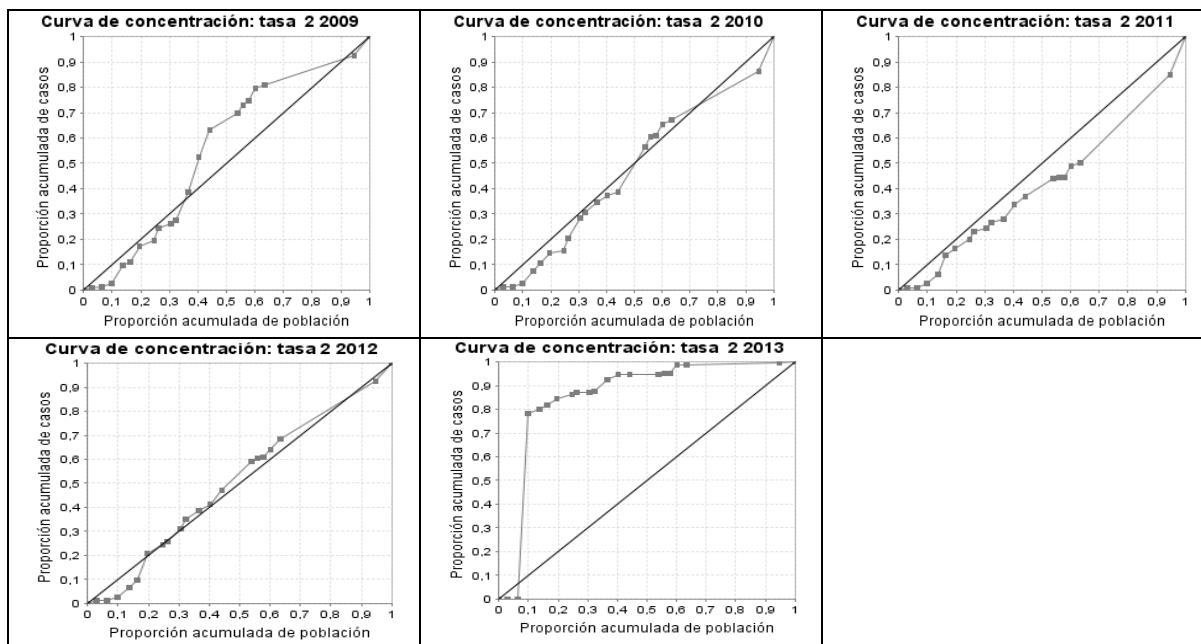
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por Diabetes mellitus en Mujeres, registrados en la Tabla 48.

La diabetes mellitus en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** demuestra ausencia de desigualdad a expensas de los municipios con mayor NBI. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para el año 2013 se observa un incremento (-2,834) indicando que la mortalidad por esta enfermedad se presenta en los municipios con peor NBI. Para 2009 y 2012 se observa que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presenta con un incremento en los municipios con bajo NBI. Mientras que para el año 2010 Y 2011 se logra observar que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presentan en municipios con mejores condiciones del NBI. De igual manera el **Índice de concentración** en general muestra que las curvas de concentración tienden a acercarse de la diagonal, sin embargo se observa que para los años 2009, 2012 y 2013, la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentaron en los municipios con mayor NBI, comparado con los municipios que tienen menor NBI. Así mismo para el año 2013 se observa que la

curva de concentración se aleja de la diagonal, indicando mayor desigualdad y mayor número de muertes por diabetes mellitus en los municipios con alto NBI. Para los años 2010 y 2011 la tendencia es positiva indicando mayor número de muertes por dicha enfermedad en los municipios con bajo NBI. (Ver. Grafico 76)

Grafico 76 Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes Mellitus en Mujeres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 49 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus en hombres según condición socioeconómica. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Condición socioeconómica	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	42,717	58,937	8,42	18,191	68,351
	IRDA	-4,217	-11,253	1,781	-254,645	-4,289
	IC	-0,56	-0,411	-0,094	-0,346	-0,837

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

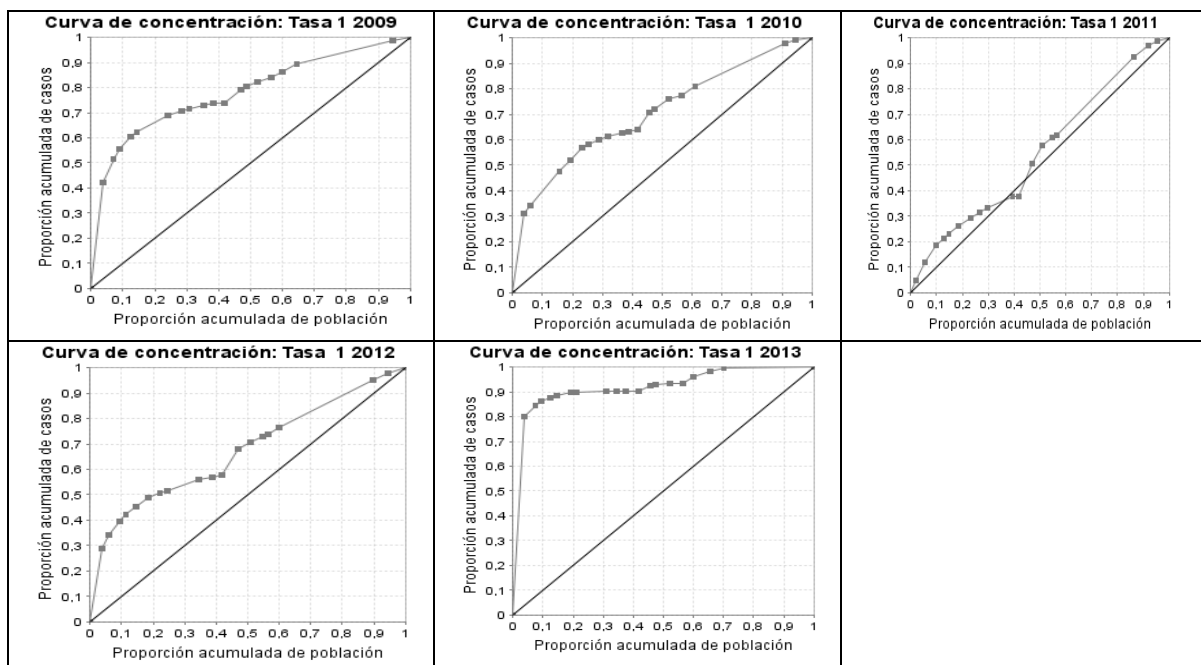
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en hombres, registrados en la Tabla 49.

Para otros accidentes inclusive secuelas en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años, la tasa de mortalidad en hombres por diabetes mellitus es más alta en el municipio de Argelia donde se presenta la peor condición socioeconómica, comparada con el Municipio con mejor condición que es Popayán. Los cocientes muestran que la mortalidad por esta causa es entre 8,420 veces mayor en Argelia que en Popayán en el año 2011 – donde de acuerdo a los cocientes el resultado de la diferencia es menos notorio-, pero que en el año 2013 la tasa de mortalidad en hombres por diabetes mellitus en el municipio de Argelia es 68,351 veces mayor que en Popayán. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de mortalidad por diabetes mellitus , para los años 2009, 2010, 2012, y 2013 se observa un incremento (- 4,21, -11,25, -254,64, -4,28) indicando que la mortalidad por esta enfermedad se presenta en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. Para 2011 se observa que los índices de mortalidad por diabetes mellitus se presenta con un incremento en los

municipios con bajas condiciones del nivel socioeconómicas. Mientras tanto en el **Índice de concentración** se puede observar que para el periodo de estudio las curvas de concentración tienden a alejarse de la diagonal indicando mayor desigualdad, así mismo se puede observar que para todos los años la curva de concentración está por encima de la diagonal lo que significa que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentaron en los municipios con peores condiciones socioeconómicas, que en los municipios con mejores condiciones socioeconómicas (Ver. Grafico 77).

Grafico 77 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en hombres según condición socioeconómica. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 50 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus según condición socioeconómica en mujeres. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Condición Socioeconómica	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	8,418	17,087	10,561	4,939	25,112
	IRDA	2,653	7,228	1,464	2,863	-2,316
	IC	-0,191	-0,256	-0,063	-0,163	-0,837

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

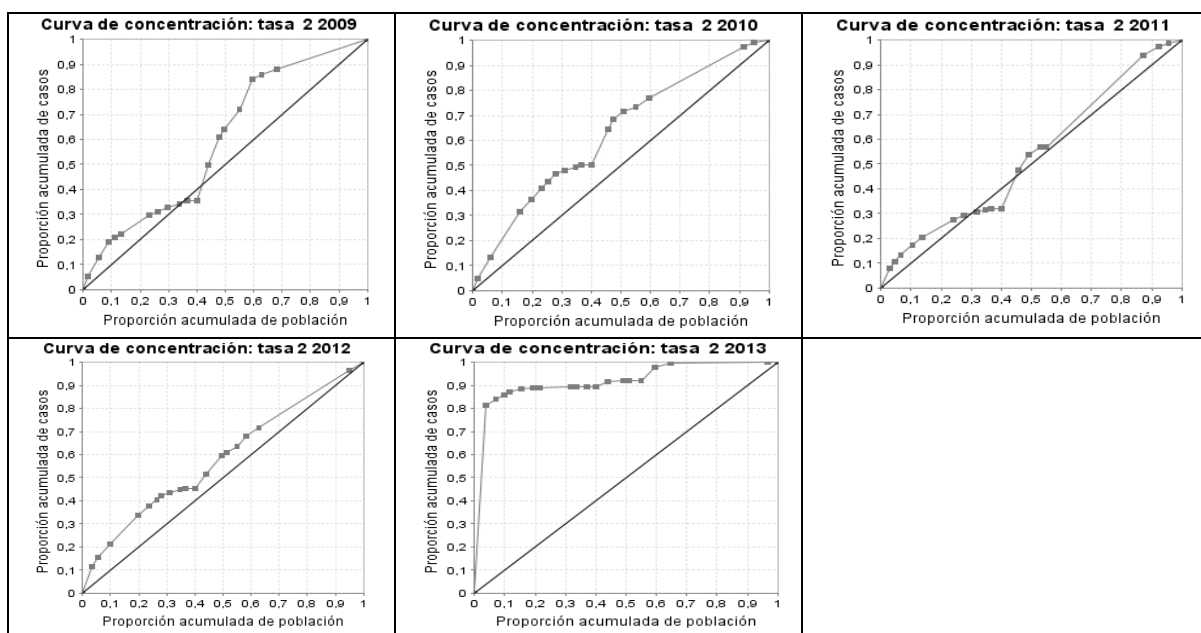
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en Mujeres, registrados en la Tabla 50.

La diabetes mellitus en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** indica que en todos los años, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus es más alta en el municipio de Argelia donde se presenta la peor condición socioeconómica, comparada con el Municipio con mejor condición que es Popayán. El cociente más alto en los años analizados, que demuestra mayor desigualdad se alcanza en 2013 mostrando que la mortalidad por diabetes mellitus es 25.112 veces mayor en Argelia que en Popayán. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** en los años 2009, 2010, 2011 y 2012 se puede observar en los índices relativos de desigualdad calculados con las tasas de mortalidad por diabetes mellitus que las muertes por esta enfermedad se presentan más en los municipios con peores condiciones socio económico. Además para el año 2013 se observa un incremento (-2,316) indicando que la mortalidad se presenta por bajos niveles socio económico. Entre tanto el **Índice de concentración** muestra que para todos los años la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes

por diabetes mellitus se presentaron en los municipios con peores condiciones socioeconómicas, que en los municipios con mejores condiciones socioeconómicas. Para el año 2013 la curva de concentración se aleja de la diagonal, revelando mayor desigualdad y mayor número de muertes por diabetes mellitus en los municipios con peores condiciones socioeconómicas (Ver. Grafico 78)

Grafico 78 Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes Mellitus en Mujeres según condición socioeconómica. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 51 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus en hombres según ruralidad. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Ruralidad	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	23,075	11,418	9,428	12,745	63,585
	IRDA	2,577	1,804	1,054	1,504	3,351
	IC	-0,185	-0,097	-0,009	-0,07	-0,23

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

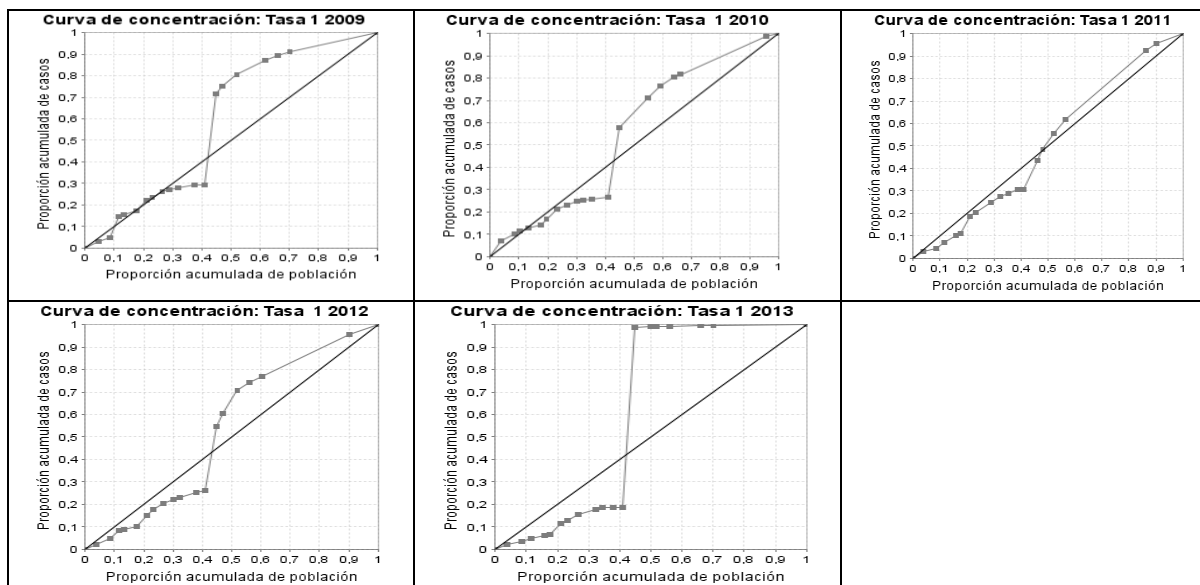
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en hombres, registrados en la Tabla 51.

Con respecto a diabetes mellitus en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** muestra que la tasa de mortalidad por esta enfermedad en todos los años analizados, es más alta en el municipio de Timbío con condición rural, comparada con el Municipio de Popayán que es eminentemente urbano. La mortalidad llega a ser 63,585 veces mayor en Timbío que en Popayán en el año 2013. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de mortalidad por la enfermedad de diabetes mellitus revelan que para el periodo de estudio 2009 a 2013 se ha presentado muertes en los municipios rurales. Mientras tanto el **Índice de concentración** se tiene que las curvas tienden a acercarse de la diagonal indicando menor desigualdad, así mismo se puede observar que para todos los años la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentaron en los municipios rurales, que en los municipios urbanos. Para el año 2013 la

curva de concentración se aleja de la diagonal, revelando mayor desigualdad y mayor número de muertes por diabetes mellitus en los municipios rurales. (Ver. Grafico 79)

Grafico 79 Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes Mellitus en hombres según ruralidad. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 52 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus según ruralidad en mujeres. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Ruralidad	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	1,063	3,107	10,45	2,483	44,511
	IRDA	-20,424	2,103	1,541	1,702	4,524
	IC	-0,370	-0,119	-0,071	-0,087	-0,281

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

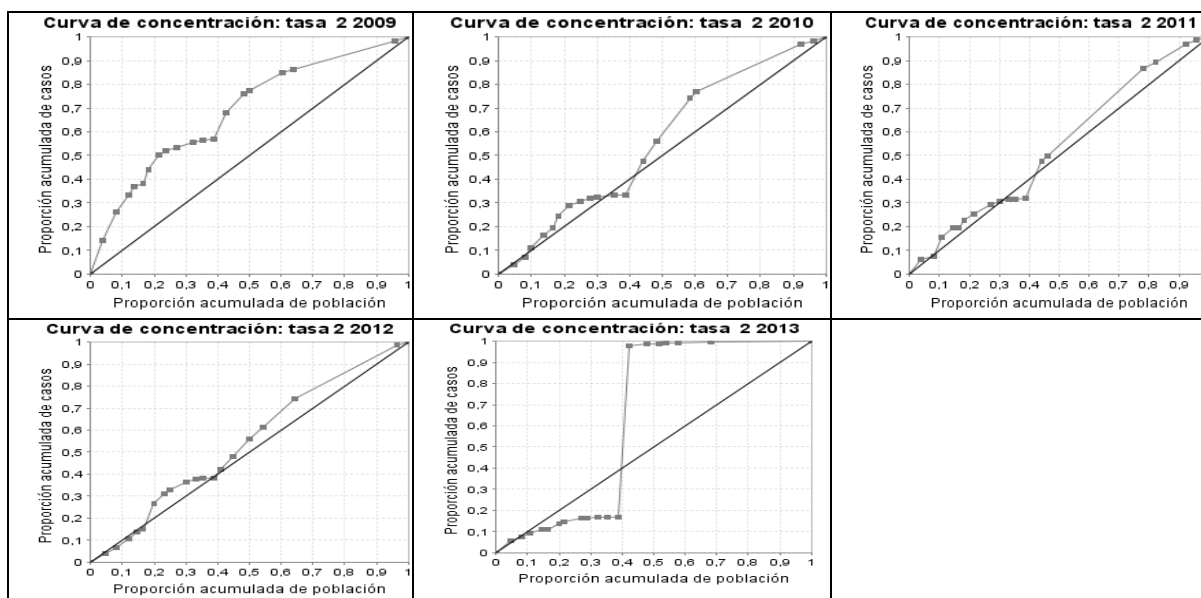
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres, registrados en la Tabla 32.

La diabetes mellitus en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** muestra que la tasa de mortalidad por esta enfermedad es más alta en el municipio de Timbío con condición rural, comparada con el Municipio de Popayán que es eminentemente urbano. La mortalidad por esta causa llega a ser 44.511 veces mayor en Timbío que en Popayán en el año 2013. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado con las tasas de mortalidad por diabetes mellitus, se tiene que para el año 2009 se ha presenciado un incremento (-20,42) en las muertes en los municipios con peor ruralidad. También en los periodos 2010 a 2013 se observa mortalidad por diabetes mellitus en los municipios clasificados como rurales. Entre tanto el **Índice de concentración** se puede observar que para todos los años la curva está ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentaron en los municipios rurales. (Ver. Grafico 80).

Grafico 80 Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes mellitus en Mujeres según ruralidad. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 53 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Déficit de vivienda cuantitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	0,243	0,176	0,326	0,198	5,014
	IRDA	0,042	0,334	0,712	0,268	-0,017
	IC	0,315	0,171	0,058	0,198	0,355

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

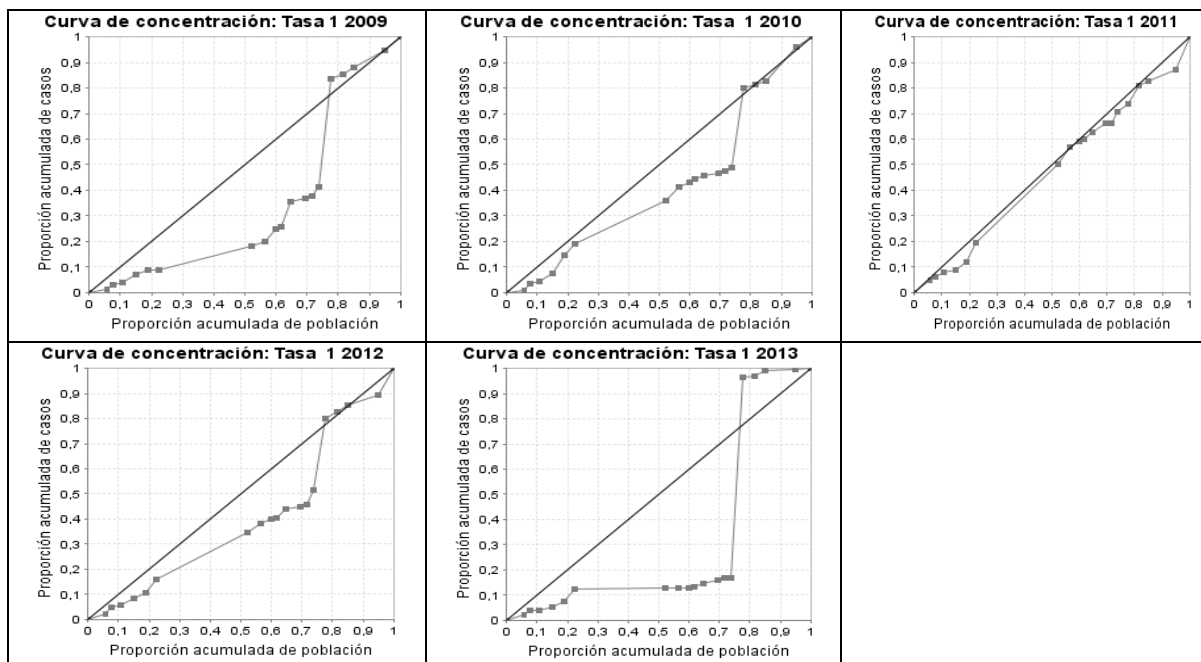
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en hombres, registrados en la Tabla 53.

Con respecto a diabetes mellitus en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** muestra que la tasa de mortalidad por este evento es 5,014 veces más alta en el municipio con déficit de vivienda cuantitativo más alto (El Tambo), comparado con el municipio que presenta un déficit de vivienda cuantitativo más bajo (Puerto Tejada), en el año 2013. Para los años 2009 a 2012 el índice muestra valores menores que uno, evidenciando ausencia de relación entre la mortalidad por esta causa y el déficit de vivienda alto. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para el periodo evaluado indican que la mortalidad por dicha enfermedad es más alta en los municipios con bajo déficit de vivienda. Mientras tanto el **Índice de concentración** revela que para los años 2009 a 2013, la curva de concentración se encuentra por debajo de la diagonal y existe una

tendencia positiva, lo que indica que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presenta más en los municipios con bajo déficit de vivienda (Ver. Grafico 81).

Grafico 81 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 54. Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Diabetes Mellitus según déficit de vivienda cuantitativa en mujeres. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Déficit de vivienda cuantitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	0,297	0,065	0,247	0,472	3,242
	IRDA	1,448	0,318	0,695	0,71	0,006
	IC	-0,062	0,176	0,061	0,058	0,336

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

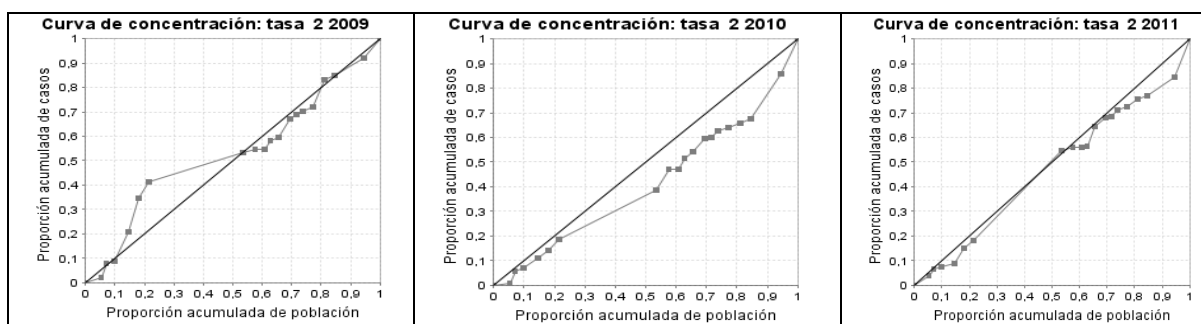
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

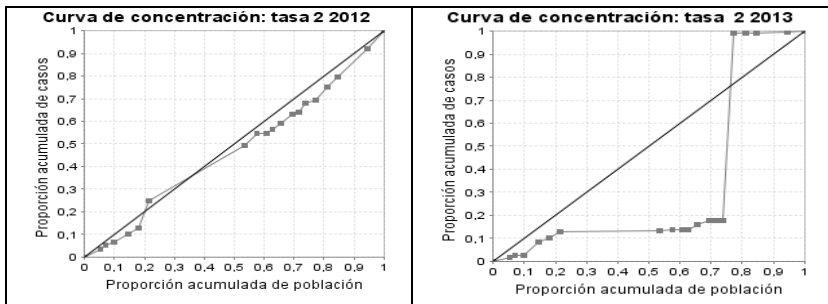
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en Mujeres, registrados en la Tabla 54.

El **Cociente de tasas extremas** menor a 1 para los años 2009 a 2012 evidencia que existe ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad por diabetes mellitus y el déficit de vivienda cuantitativo más alto, excepto en 2013 cuando el indicador demuestra que en El Tambo municipio con mayor déficit de vivienda cuantitativo hay 3,242 veces mayor mortalidad por diabetes mellitus que el que presenta menor déficit (Puerto Tejada). Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotados** para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 evidencia mayor número de muertes en los municipios con mejores condiciones de vivienda. Mientras que para el año 2012 se presenta el mayor número de muertes en los municipios con alto déficit de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** se puede observar que para el año 2009, la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal, indicando que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presenta en los municipios con mayor déficit de vivienda, a diferencia de los años 2010, 2011, 2012 y 2013 que la curva de concentración se encuentra en general por debajo de la línea diagonal, indicando que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presenta más en los municipios con menor déficit de vivienda. (Ver. Grafico 82).

Grafico 82 Desigualdades en la Mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en Mujeres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 55 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Déficit de vivienda cualitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	0,243	0,176	0,326	0,198	5,014
	IRDA	-6,905	5,383	0,792	4,404	-2,746
	IC	-0,441	-0,227	0,039	-0,208	-0,703

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

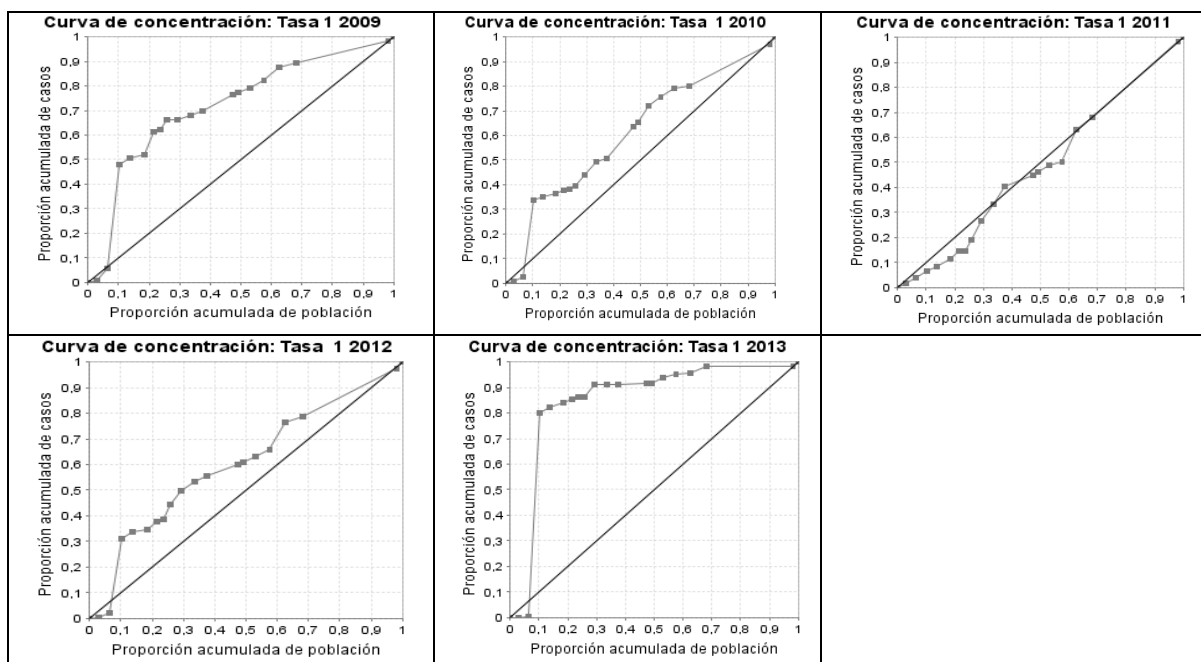
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en hombres, registrados en la Tabla 55.

Con respecto a diabetes mellitus en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** para los años 2009 a 2012 los resultados demuestran ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad por diabetes mellitus y el municipio con mayor déficit de vivienda cualitativo, representado en resultados menores de 1 en todos los años analizados.

Mientras que para el año 2013 la muerte por esta enfermedad se presentó en el municipio con mayor déficit de vivienda cualitativo (Argelia) comparado con el municipio con menor déficit de vivienda cualitativo (Puracé). En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de Mortalidad para diabetes mellitus para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 muestran un incremento de muertes en los municipios con peores condiciones de vivienda, contrario a lo anterior en la gráfica de concentración del año 2011 se evidencia un IRD acotado de 0,792 que indica que en ese año el mayor número de muertes se presentó en los municipios con bajo déficit de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** en general los datos se acercan a la curva de igualdad, sin embargo la curva de concentración para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 está por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor déficit de vivienda se presentaron más muertes por diabetes mellitus. Contrariamente para el año 2011 la curva presento una tendencia positiva evidenciando una mortalidad mayor en los municipios con menor Déficit de vivienda (Ver. Grafico 83).

Grafico 83 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 56 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus según déficit de vivienda cualitativa en mujeres. Cauca 2009-2013

odas las demás causas	Déficit de vivienda cualitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	0,297	0,065	0,247	0,472	3,242
	IRDA	1,345	1,014	0,431	1,399	-2,729
	IC	-0,048	-0,002	0,131	-0,055	-0,701

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

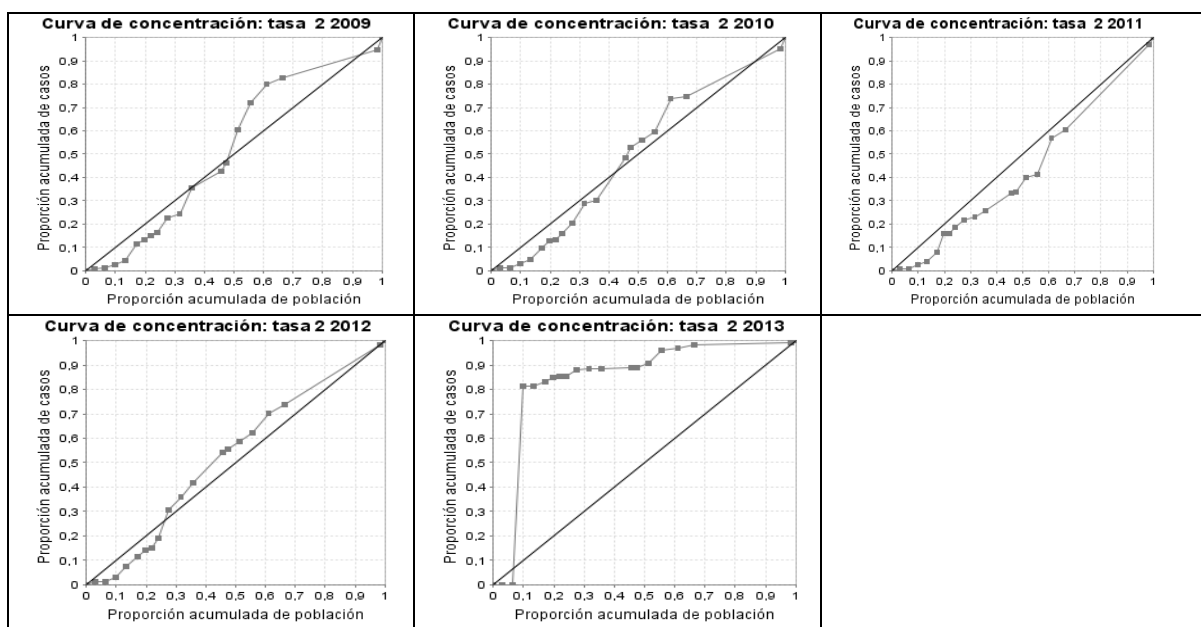
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en Mujeres, registrados en la Tabla 56.

La diabetes mellitus en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** demuestran que no se observa desigualdad entre la mortalidad por este evento y el municipio con mayor déficit de vivienda cualitativo, representado en resultados menores de 1 en todos los años analizados. Mientras que para el año 2013 la muerte por esta enfermedad se presentó en el municipio con mayor déficit de vivienda cualitativo (Argelia) comparado con el municipio con menor déficit de vivienda cualitativo (Puracé). Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 evidencian un mayor número de muertes por dicha enfermedad en los municipios con peores condiciones de vivienda. Contrario a lo que se observa en el año 2011 con un IRD acotado de 0,431 que indica que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con mejores condiciones de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** en general los datos se acercan a la

diagonal indicando igualdad, sin embargo la curva de concentración para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 está ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con mayor déficit de vivienda se presentaron más muertes por diabetes mellitus. Contrariamente para el año 2011 la curva presenta una tendencia positiva evidenciando una mortalidad mayor en los municipios con menor Déficit de vivienda (Ver. Grafico 84).

Grafico 84 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en Mujeres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 57 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según porcentaje de analfabetismo. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Porcentaje de analfabetismo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	6,243	2,457	1,723	3,324	62,163
	IRDA	24,62	3,134	1,042	3,371	-6,306

	IC	-0,416	-0,217	-0,008	-0,229	-0,68
--	----	--------	--------	--------	--------	-------

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

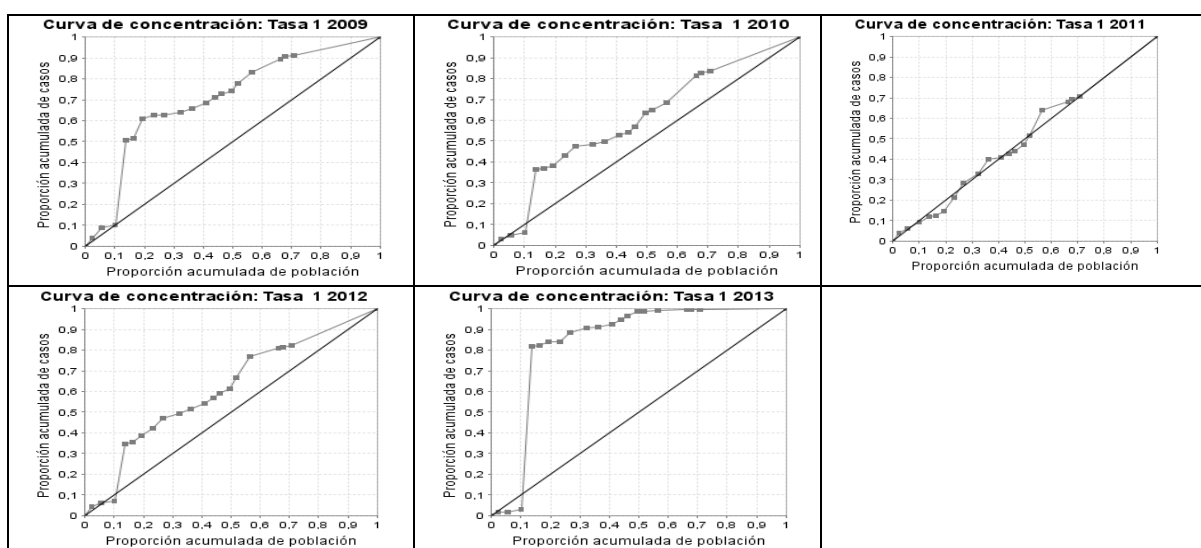
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en hombres, registrados en el cuadro 57.

Con respecto a diabetes mellitus en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en todos los años analizados, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus en hombres es más alta en el municipio que presenta el más alto analfabetismo (Guachené), comparada con el municipio que presenta menor analfabetismo (Popayán). En el año 2009, la mortalidad es 6,243 veces más alta en Guachené que en Popayán, diferencia que disminuye para el año 2010 a 2,457 veces y aumenta entre 2012 y 2013 alcanzando 62,163 veces más muertes por esta causa en Guachené que en Popayán en 2013. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de Mortalidad por diabetes mellitus para el periodo de estudio, presentaron mayor número de muertes por esta patología en los municipios con alto índice de analfabetismo. En los resultados del **Índice de concentración** se observa que en todos los años la curva de concentración está por encima de la diagonal y se aleja ligeramente de la misma, evidenciándose mayor desigualdad, lo que significa que en los municipios con altos índices de analfabetismo se presentaron más muertes por diabetes mellitus, que en los municipios con bajos índices de analfabetismo. (Ver. Grafico 85).

Grafico 85. Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 58. Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus según porcentaje de analfabetismo en mujeres. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Porcentaje de analfabetismo	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	5,822	3,129	1,733	1,842	93,925
	IRDA	2,527	1,218	0,741	1,333	-6,15
	IC	-0,181	-0,039	0,056	-0,057	-0,71

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

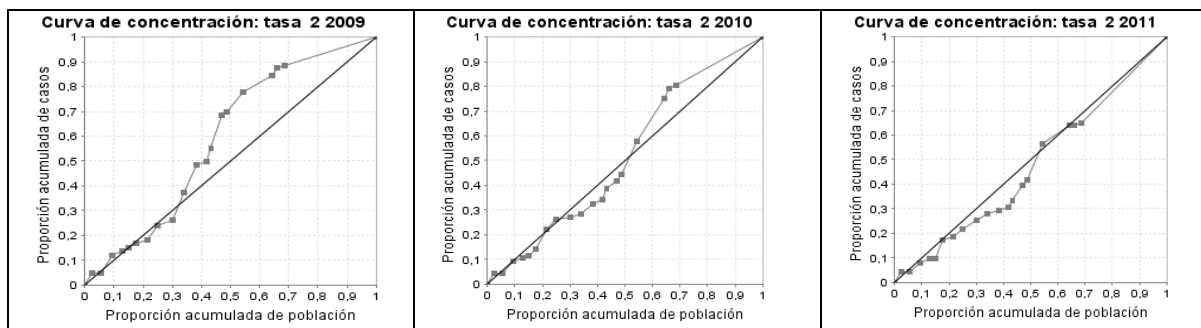
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

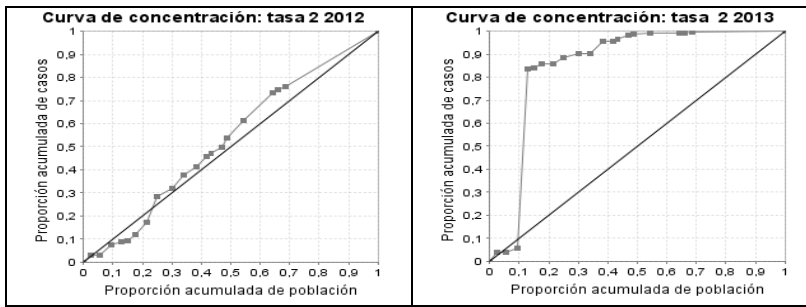
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en Mujeres, registrados en el cuadro 58.

La diabetes mellitus en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** en todos los años analizados, la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio que presenta el más alto analfabetismo (Guachené), comparada con el municipio que presenta el analfabetismo más bajo (Popayán). En el año 2009, la mortalidad es 5,822 veces más alta en Guachené que en Popayán, diferencia disminuye a ser de 3,129 y 1.733 veces en 2010 y 2011 respectivamente y aumenta nuevamente en 2012 y 2013 donde se encuentra una mayor desigualdad, llegando a ser la mortalidad por esta causa 93,925 veces mayor en Guachené que en Popayán en 2013. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de Mortalidad por diabetes mellitus en mujeres para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 se evidencia que el mayor número de muertes por esta patología se presentó en los municipios con peores condiciones de analfabetismo. Contrario a lo anterior en el año 2011 el IRD acotado (0,741) evidencia que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con bajo índice de analfabetismo. Entre tanto el **Índice de concentración** en general se observa que la curvas de concentración para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 se encuentran ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con altos índices de analfabetismo se presentaron más muertes por diabetes mellitus, que en los municipios con bajos índices de analfabetismo. Para el año 2011 la curva de concentración se encuentra ligeramente por debajo de la diagonal indicando que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentan en los municipios con bajos índices de analfabetismo. (Ver. Grafico 86).

Grafico 86 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en Mujeres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 59 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según cobertura de acueducto. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Cobertura de acueducto	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	1,796	1,802	0,689	1,015	8,575
	IRDA	3,092	1,355	0,613	1,174	8,335
	IC	-0,173	-0,051	0,081	-0,027	-0,267

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

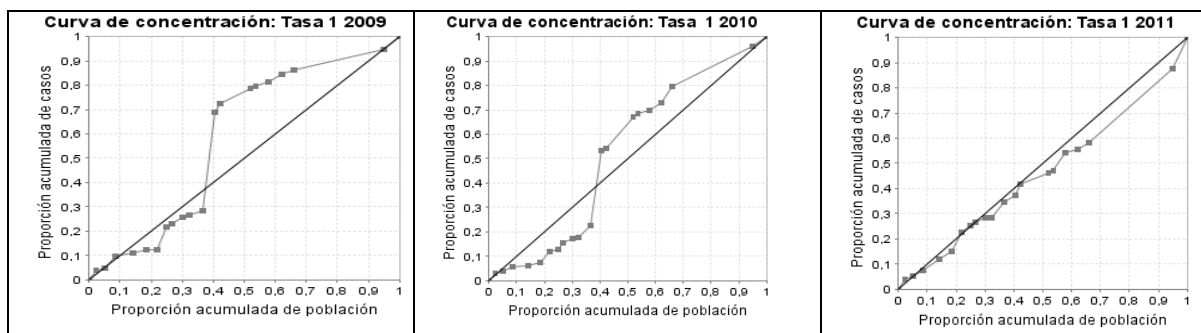
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

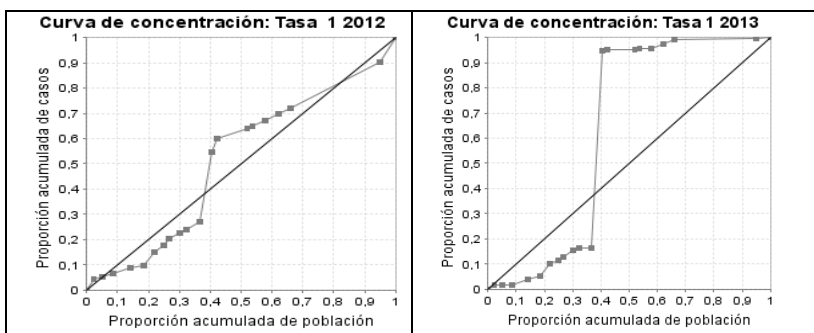
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en hombres, registrados en el cuadro 59.

Con respecto a la diabetes mellitus en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** La tasa de mortalidad en hombres por diabetes mellitus es más alta en el municipio con baja cobertura de acueducto (Guachené), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto (Puerto tejada) en todos los años a estudio, excepto en 2011 cuando el indicador demuestra ausencia de desigualdad. Para el año 2013, hay 8,575 veces más muertes por diabetes mellitus en el municipio de Guachené que en Puerto tejada. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 evidencia que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con bajas coberturas de acueducto, contrario a lo anterior en el año 2011 el IRD acotado indica que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con mejores condiciones de acueducto. Con respecto al **Índice de concentración** se observa que la curvas para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 se encuentran ligeramente por encima de la diagonal, lo que significa que en los municipios con bajas coberturas de acueducto se presentaron más muertes por diabetes mellitus, que en los municipios con altas coberturas de acueducto. Para el año 2011 la curva de concentración se encuentra ligeramente por debajo de la diagonal indicando que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentan en los municipios con alta cobertura de acueducto. (Ver. Grafico 87).

Grafico 87 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 60 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus según cobertura de acueducto en mujeres. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Cobertura de acueducto	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	1,486	0,756	0,694	0,968	17,784
	IRDA	1,209	0,847	0,364	1,197	12,919
	IC	-0,032	0,028	0,155	-0,03	-0,291

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

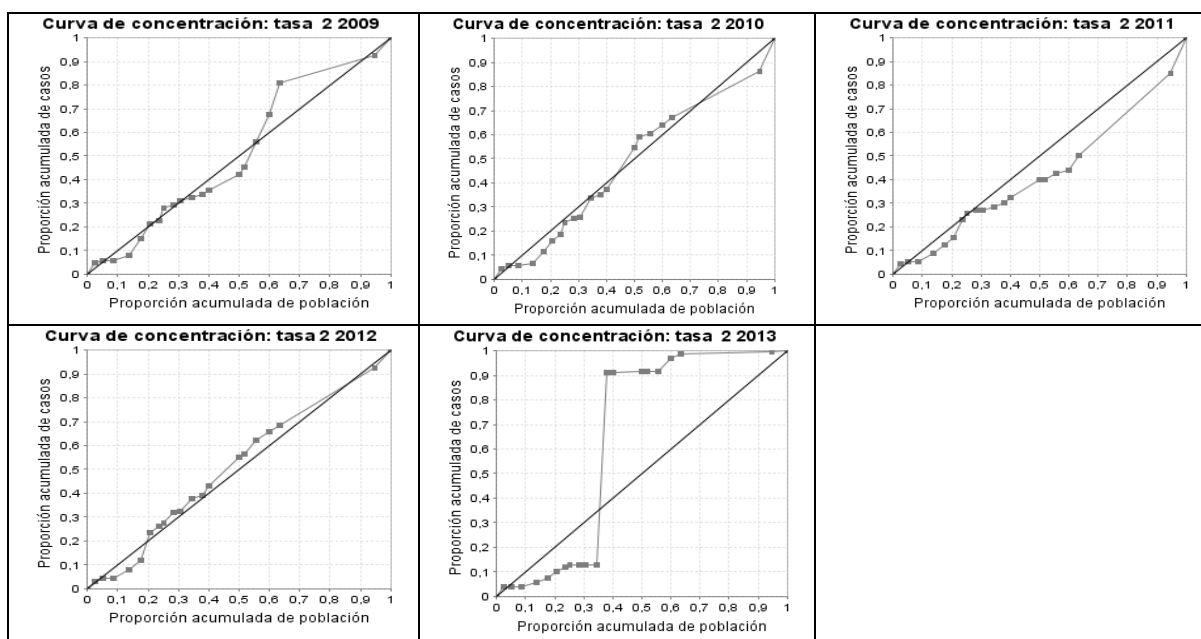
IC: Índice de concentración

Interpretación de los indicadores de desigualdad por diabetes mellitus en Mujeres, registrados en el cuadro 60.

La diabetes mellitus en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** para los años 2010 a 2012, se tiene que el índice es menor que uno evidenciando ausencia de desigualdad entre la mortalidad por diabetes mellitus y la cobertura de acueducto. Mientras que en los años 2009 y 2013 es mayor en el municipio con baja cobertura de acueducto (Guapi), comparada con el Municipio que tiene las mejores condiciones respecto a cobertura de acueducto

(Popayán). En el año 2013 la mortalidad por esta causa es 17,784 veces mayor en Guapi que en Popayán. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para los años 2009, 2012 y 2013 evidencian que se presentaron en los municipios con peores condiciones de acueducto. Contrario a lo anterior se observa que en los años 2010 y 2011 el mayor número de muertes se presentó en los municipios con mejores condiciones de acueducto presentando un IRD acotado de 0,847 y 0,364 respectivamente. Entre tanto el **Índice de concentración** se acerca a la curva de igualdad, sin embargo para los años 2009, 2012 y 2013 la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal lo que significa que en los municipios con bajas coberturas de acueducto se presentaron más muertes por diabetes mellitus, contrariamente para los años 2010 y 2011 la curva presento una tendencia positiva evidenciando una mortalidad mayor en los municipios con mayores coberturas de acueducto. (Ver. Grafico 88).

Grafico 88 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en Mujeres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 61 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según IRCA. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	IRCA	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Diabetes Mellitus	CT	0,619	1,895	0,730	1,045	12,998
	IRDA	44,649	4,002	0,932	5,268	0,587
	IC	-0,319	-0,205	0,012	-0,221	0,084

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

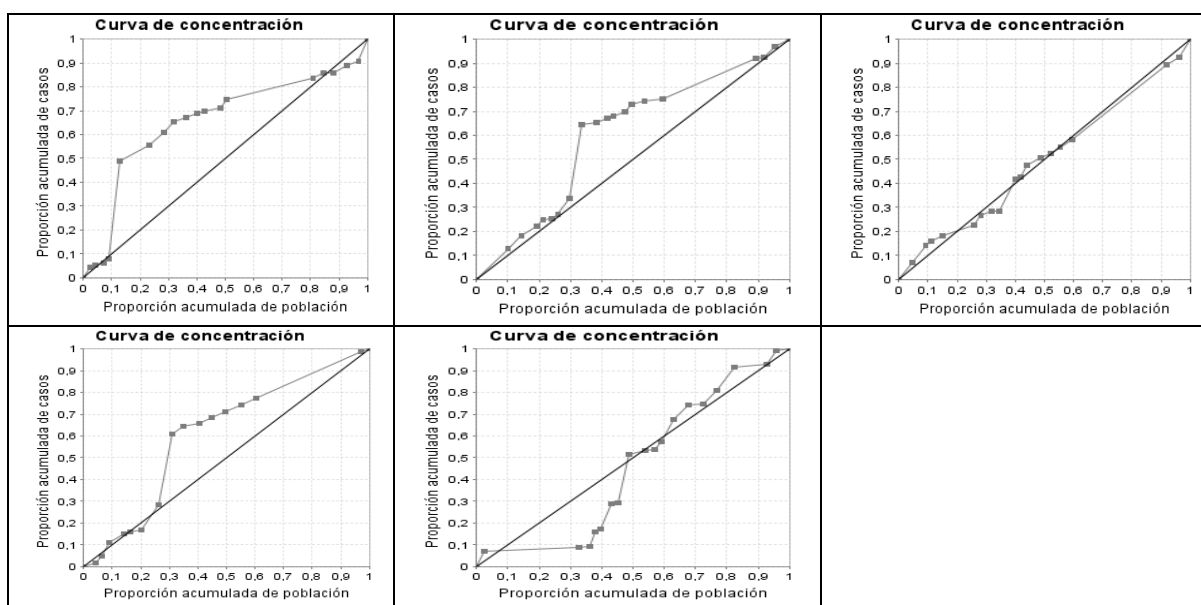
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a diabetes mellitus en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** para el **año 2009 y 2011**, hay ausencia de relación entre la tasa de mortalidad en hombres por diabetes mellitus con un mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA. Mientras que para el **año 2010** la tasa de mortalidad por este evento es 1,895 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Miranda), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Piendamó). Para el **año 2012**, la tasa de mortalidad en hombres por diabetes mellitus es 1,045 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Guapi), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Suárez). Para el **año 2013**, la tasa de mortalidad en hombres por diabetes mellitus es 12,998 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Guachené), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** nos indican que se presenta mayor número de muertes en el año 2009, 2010, 2012 en los municipios con peor condiciones del IRCA. Mientras que para los años 2011 y 2013 el IRDA revela el mayor

número de muertes por diabetes se presenta en los municipios con mejores condiciones del IRCA. El **Índice de concentración** se observa que para los años 2009, 2010 y 2012 la curva de concentración está ligeramente por encima de la diagonal con tendencia negativa, lo que significa que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentan en los municipios con alto IRCA, que en los municipios con bajo IRCA. Entre tanto se observa que para el año 2011 la curva se encuentra sobre la diagonal de desigualdad, sugiriendo ausencia de desigualdad y en el año 2013, la curva de concentración presenta una tendencia positiva, sugiriendo mayor número de muertes por diabetes mellitus en los municipios con bajo IRCA. (Ver. Grafico 89).

Grafico 89. Desigualdades en la Mortalidad por Diabetes mellitus en hombres según IRCA. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 62 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por diabetes mellitus según IRCA en mujeres. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	IRCA	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Diabetes Mellitus	CT	3,689	2,264	0,378	0,104	55,969

	IRDA	0,935	5,988	0,579	1,426	0,637
	IC	0,011	-0,24	0,09	-0,056	0,076

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

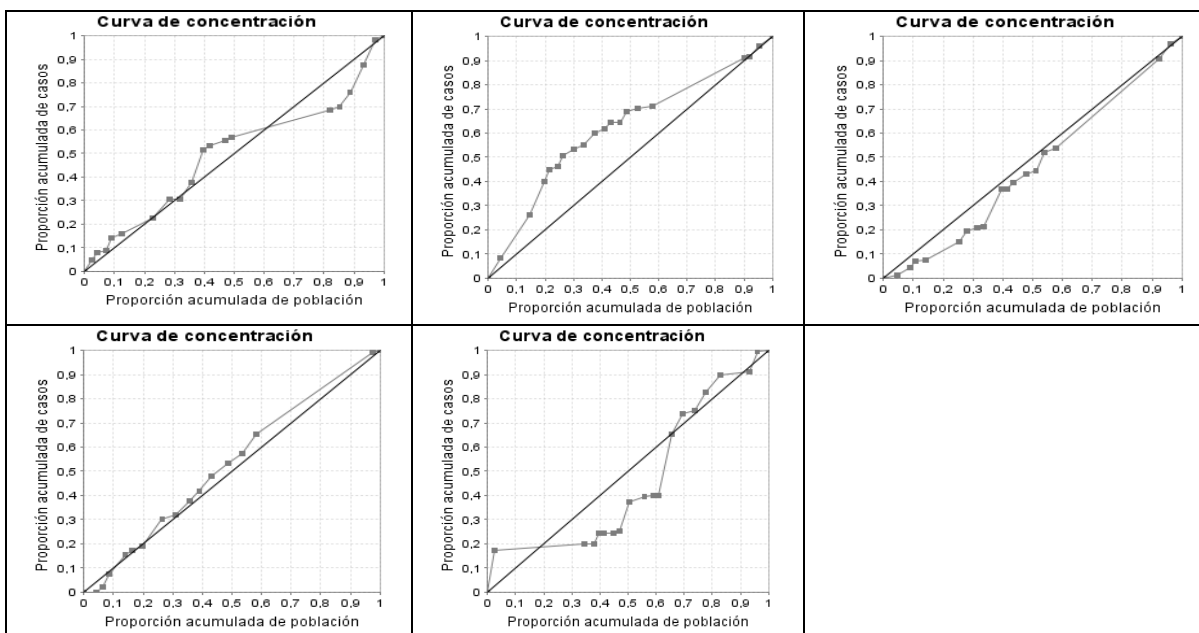
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

La diabetes mellitus en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** Para el **año 2009**, la tasa de mortalidad en mujeres por deficiencias nutricionales es 6,785 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (la vega), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía), Para el **año 2010**, la tasa de mortalidad en mujeres por diabetes mellitus es 2,264 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Miranda), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Piendamó). Para el **año 2013**, la tasa de mortalidad en mujeres por diabetes mellitus es 55,969 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (Guachené), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). A diferencia del **año 2011 y 2012** en donde se evidencia ausencia de desigualdad entre la tasa de mortalidad en mujeres por diabetes mellitus y el mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para el año 2009, 2011 y 2013 revela que las mayores tasas de mortalidad por diabetes mellitus en las mujeres, se presentaron en los municipios con mejores condiciones del IRCA. Mientras que en los años 2010 y 2012 el IRDA nos indican que se presenta mayor número de muertes en los municipios con peores condiciones del IRCA. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009, 2011 y 2013 se tiene que la curva de concentración tiene una tendencia positiva, lo que significa que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentan en los municipios con bajo IRCA comparado con los municipios con alto IRCA. Se observa para el año 2010 y 2012 que la curva de concentración está por encima de la

diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por diabetes mellitus se presentan en los municipios con mayor IRCA, que en los municipios con bajo IRCA (Ver. Grafico 90).

Grafico 90 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en Mujeres según IRCA. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

10.4 DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIA

10.4.1 Desigualdades en la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia según modelo de comparación dos a dos, modelo de Regresión y Modelo de Concentración:

Tabla 63 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según VAM. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales	CT	1,955	11,13	1,055	6,817	9,127

y anemia	IRDA	1,575	6,84	0,883	1,696	22,344
	IC	-0,082	-0,278	0,023	-0,095	-0,342

CT: Cociente de tasas extremas

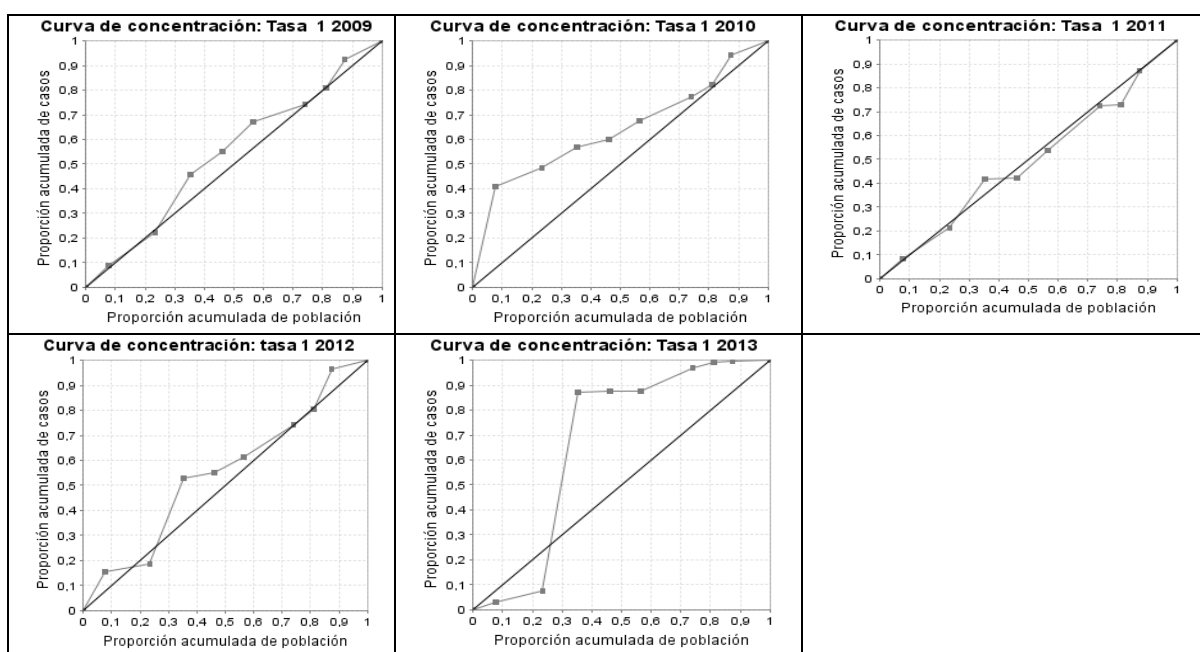
Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

El índice de **Cociente de tasas extremas** en todos los años analizados muestra que la tasa de mortalidad por este evento es más alta en el municipio que presenta el menor VAM (Almaguer), comparado con el municipio que presenta un VAM mayor (Patía). En el año 2009, la mortalidad es 1,955 veces más alta en Almaguer que Patía, diferencia que aumenta para el año 2010 a 11.130 veces, disminuyendo en 2011 a 1,055 veces y luego incrementa en 2012 y 2013 a 6.817 y 9,127 veces más muertes por esta causa en Almaguer que en Patía. Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** en los años 2009, 2010, 2012 y 2013 se evidencian tasas más altas en los municipios con peor VAM, mientras que Los índices Relativos De Desigualdad Acotados para el año 2011 se presenta en los municipios con mejores VAM. En cuanto al **Índice de concentración** se observa para los años 2009, 2010, 2012 Y 2013 que la curva de concentración está por encima de la diagonal, además presenta una tendencia negativa, lo que significa que la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia fue más frecuente en los municipios con peor VAM, que en los municipios con mejor VAM, lo contrario ocurrió en el año 2011 en donde el mayor número de muertes por dicha causa se presentan en los municipios con mejor VAM. (Grafico 91).

Grafico 91 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según el valor agregado municipal VAM. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 64 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en mujeres según VAM. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	VAM	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	6,668	4,359	8,587	6,552	33,340
	IRDA	18,897	1,189	4,549	17,595	-249,325
	IC	-0,337	-0,032	-0,238	-0,335	-0,379

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

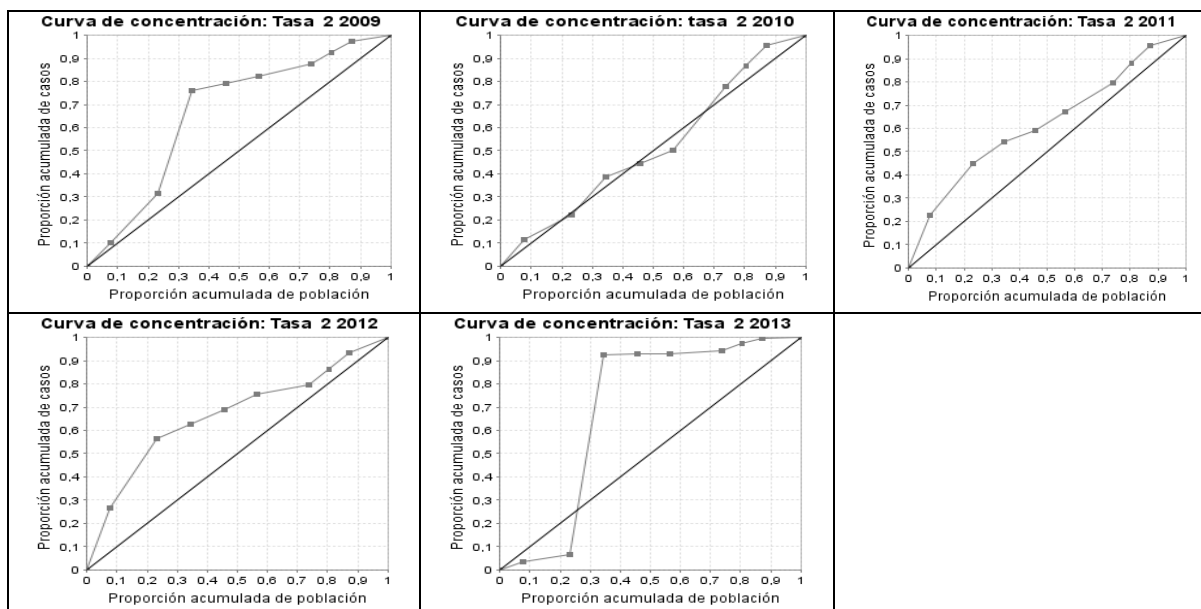
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en mujeres, según los valores del **Cociente de tasas extremas**, la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados es mayor en el municipio con menor VAM (Almaguer), comparada con el Municipio que tiene mejor VAM (Patía). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 33,340 veces mayor en Almaguer que en Patía. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 se evidencia que la mortalidad por esta enfermedad se presenta en los municipios con peores VAM. Es importante resaltar el año 2013 con un IRD acotado de (-249,325) en el que se observa mayor mortalidad. Mientras que **el Índice de concentración** para todos los años, muestra que la curva de concentración en general se acerca a la diagonal, sin embargo la curva de concentración está por encima de la diagonal con tendencia negativa, lo que indica mayor número de muertes por deficiencias nutricionales en los municipios con bajo VAM (ver gráfico 92).

Gráfico 92 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según el valor agregado municipal VAM. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 65 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y diabetes en hombres según NBI. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	0,759	0,401	0,051	0,361	0,737
	IRDA	1,105	3,126	0,681	1,192	2,802
	IC	-0,018	-0,189	0,07	-0,032	-0,174

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

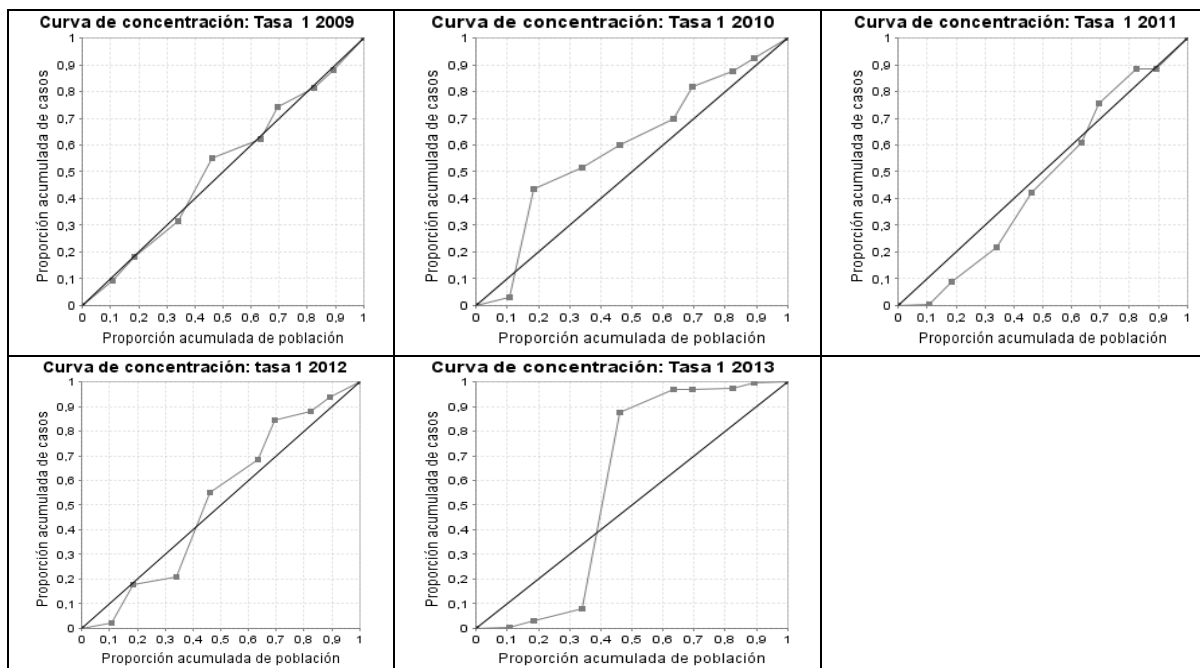
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en hombres, según el **Cociente de tasas extremas** para los años 2009 a 2013 el resultado indica que hay ausencia de desigualdad a expensas de los municipios con altos índices de necesidades básicas insatisfechas. Se tiene que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado con las tasas de Mortalidad para las deficiencias nutricionales y anemia en hombres evidencia un incremento en la mortalidad para los municipios con peor NBI lo cual, se observa en los años 2009, 2010, 2012 y 2013. Contrario a lo anterior las curvas de concentración muestran los IRD acotados con las tasas de mortalidad para las deficiencias nutricionales y anemia en hombres en el año 2011 un incremento de la mortalidad en los municipios con mejores NBI. Mientras tanto en el **Índice de concentración** se observa en los años 2009, 2010, 2012 Y 2013 que la curva de concentración está por encima de la diagonal y una tendencia negativa, lo que significa que la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es mayor en los municipios con altos NBI, que en los municipios con menor NBI, por el contrario para el año 2011 las muertes

por dicha enfermedad son más frecuentes en los municipios con bajo NBI. (Ver. Grafico 93)

Grafico 93 Desigualdades en la Mortalidad por Deficiencias nutricionales en hombres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 66 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en mujeres según NBI. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	NBI	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	0,854	1,048	0,583	0,928	1,872
	IRDA	3,14	1,193	2,168	4,213	3,03
	IC	-0,190	-0,032	-0,136	-0,227	-0,185

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

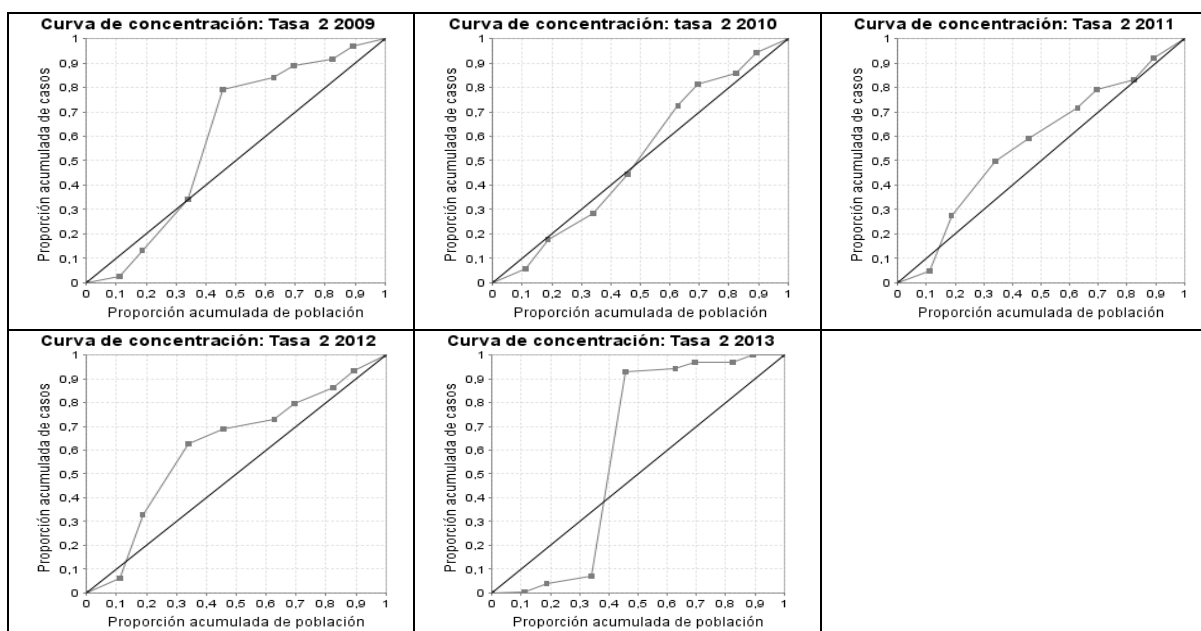
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** muestran que en los años 2009, 2011 y 2012 el resultado del cociente de tasas extremas, indica que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con altos índices de necesidades básicas insatisfechas. Mientras que para los años 2010, y 2013 la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es mayor en el municipio con mayor NBI (Guapi), comparada con el Municipio que tiene mejor NBI (Buenos aires). Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 evidencia mayor mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en los municipios con peores NBI. De igual manera el **Índice de concentración** se observa que para todos los años, la curva de concentración en general tiende a acerca a la diagonal por encima de la diagonal, lo que indica que se presentan mayor número de muertes por deficiencias nutricionales en los municipios con alto NBI (Ver. Grafico 94)

Grafico 94 Desigualdades en la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según Necesidades Básicas Insatisfechas NBI. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 67 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia en hombres según condición socioeconómica. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Condición socioeconómica	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	4,683	3,327	2,149	5,037	23,922
	IRDA	3,472	1,280	1,618	9,77	-3,362
	IC	-0,216	-0,046	-0,085	-0,299	-0,673

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

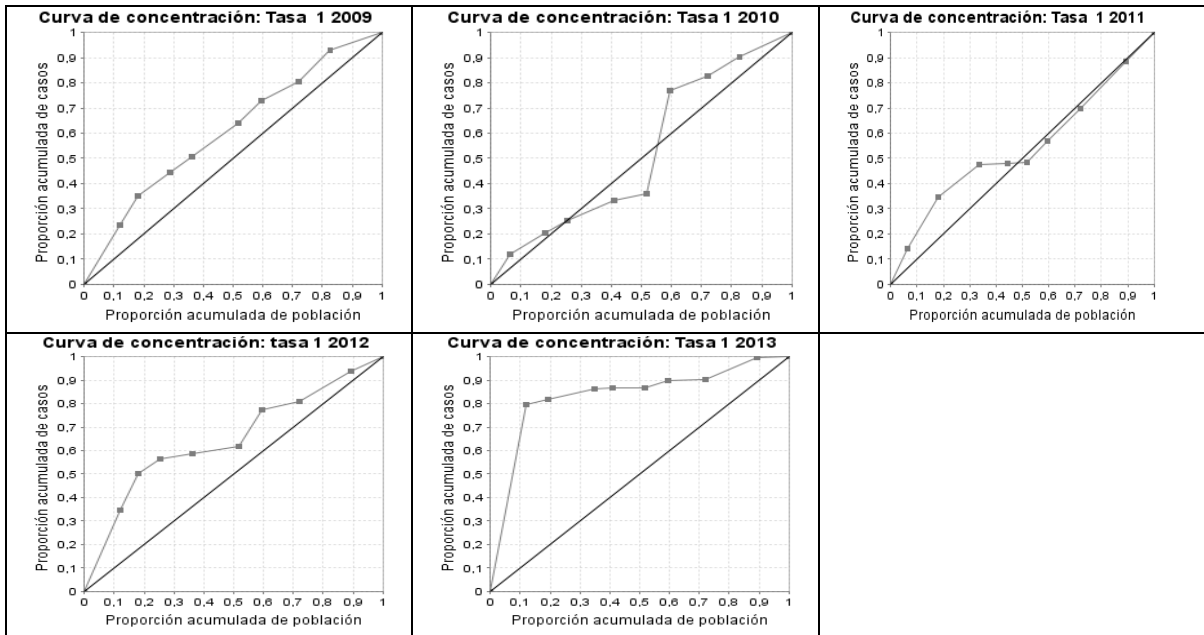
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por este evento en todos los años analizados es mayor en el municipio con peores condiciones socioeconómicas (Guapi), comparada con el Municipio que tiene mejores condiciones socioeconómicas (Buenos aires). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 23.922 veces mayor en Guapi que en Buenos aires. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 evidencian una mayor mortalidad en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. Mientras tanto en el **Índice de concentración** se observa que para los años 2009 a 2013 que la curva de concentración está por encima de la diagonal, con una tendencia negativa lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios con peores condiciones socioeconómicas (Ver. Grafico 95).

Gráfico 95 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según condición socioeconómica. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 68 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia según condición socioeconómica en mujeres. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Condición socioeconómica	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	8,418	17,087	10,561	4,939	5,112
	IRDA	-7,644	1,317	1,91	3,891	-2,731
	IC	-0,478	-0,051	-0,123	-0,233	-0,789

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

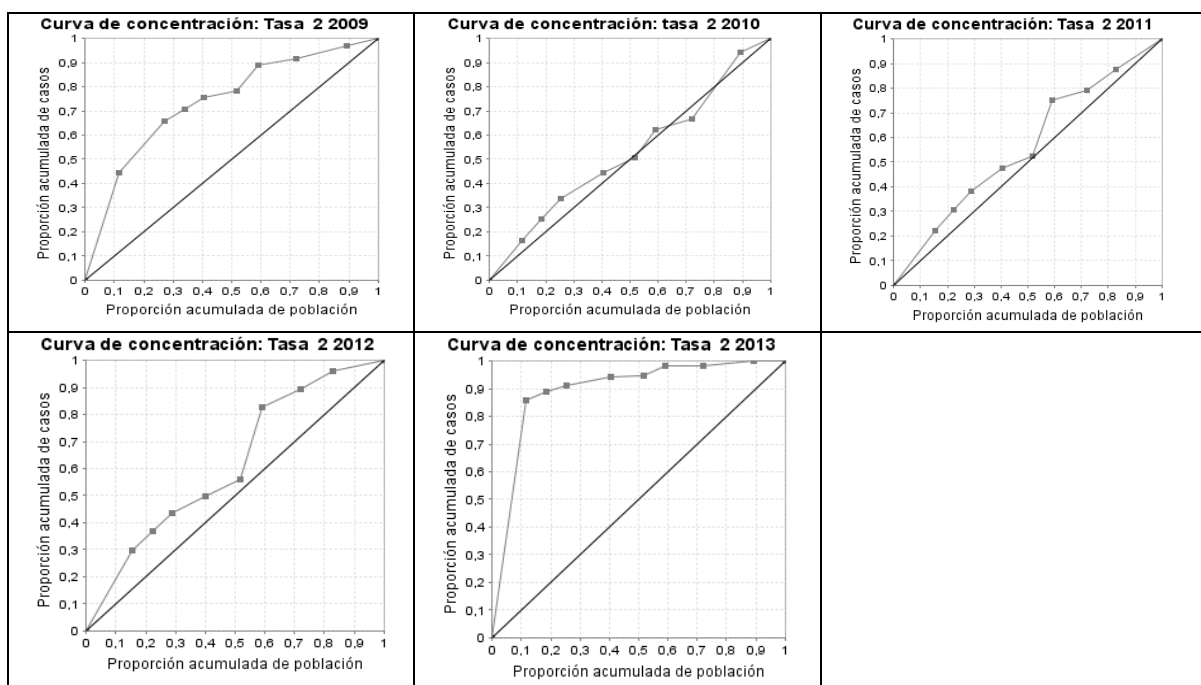
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** muestran que la tasa de mortalidad por este evento, en todos los años analizados es mayor en el municipio con peores condiciones socioeconómicas (Guapi), comparada con el Municipio que tiene mejores condiciones socioeconómicas (Buenos aires). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2010 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 17,087 veces mayor en Guapi que en Buenos aires. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para los años 2009 a 2013 evidencian una mayor mortalidad en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. Entre tanto el **Índice de concentración** para la población femenina se observa que para los años 2009 a 2013 la curva de concentración está por encima de la diagonal, con una tendencia negativa lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con peores condiciones socioeconómicas. (Ver. Grafico 96)

Grafico 96 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según condición socioeconómica. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 69 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia en hombres según ruralidad. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Ruralidad	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	1,955	11,13	1,055	6,817	14,753
	IRDA	0,845	10,381	0,694	0,55	0,067
	IC	0,031	-0,308	0,066	0,105	0,311

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

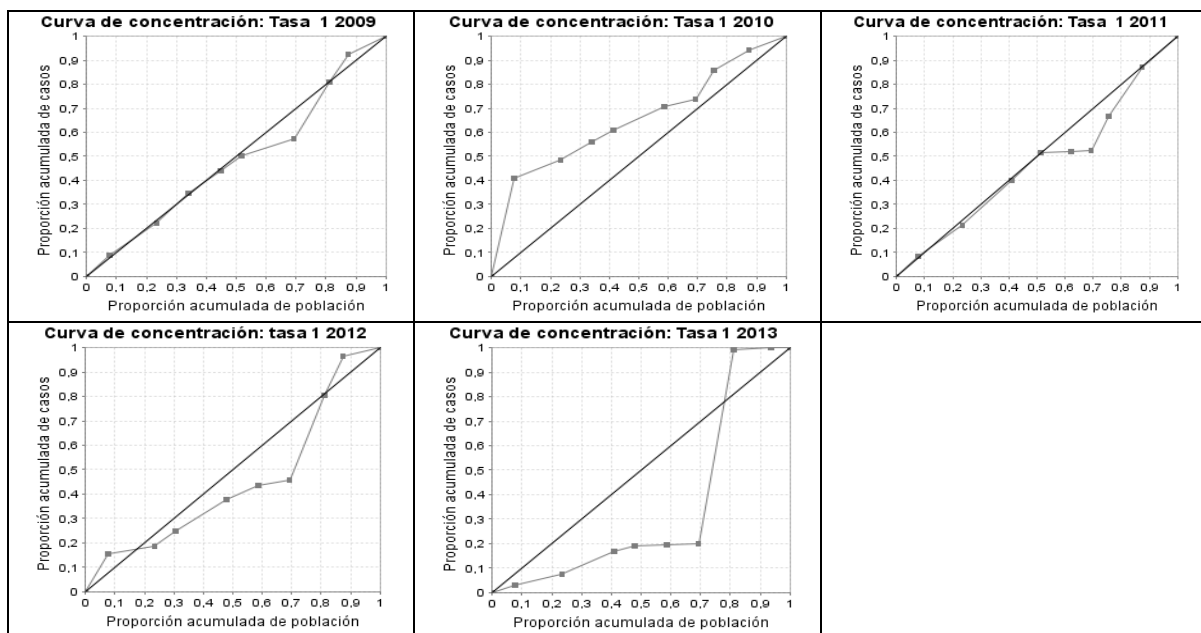
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a deficiencias nutricionales y anemia en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** la tasa de mortalidad por esta enfermedad en todos los años analizados es mayor en el municipio rural (la vega), comparada con el Municipio urbano (Patía). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 14,753 veces mayor en la vega que en Patía. Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para el 2010 evidencia un incremento en la mortalidad con un IRD acotado de (10,381) lo cual indica mayor mortalidad en la zona rural de los municipios con peores condiciones. Para los años 2009, 2011 y 2013 el IRD acotado calculado con las tasas de mortalidad para deficiencias nutricionales y anemia muestra los mayores índices de mortalidad en las zonas urbanas, contrario a lo que se observa en el 2010. Mientras tanto el **Índice de concentración** Para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 se observa una tendencia positiva y la curva de concentración por debajo de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios urbanos. Mientras que para el año 2010 la curva de

concentración está por encima de la diagonal, con una tendencia negativa lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios rurales. (Ver. Grafico 97)

Grafico 97 Desigualdades en la Mortalidad por Deficiencias nutricionales en hombres según ruralidad. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 70 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia según ruralidad en mujeres. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Rural	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	6,785	4,359	8,587	6,552	33,34
	IRDA	0,977	1,717	7,526	180,095	-0,026
	IC	0,004	-0,097	-0,286	-0,372	0,374

CT: Cociente de tasas extremas

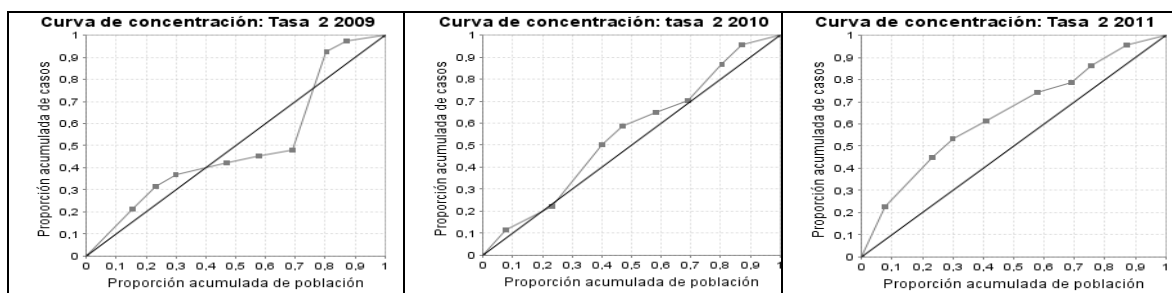
Fuente: Epidat 4.1

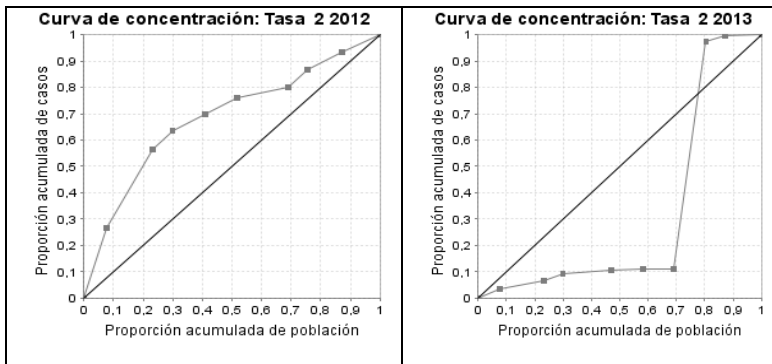
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** muestra que la tasa de mortalidad por esta enfermedad en todos los años analizados es mayor en el municipio rural (la vega), comparada con el Municipio urbano (Patía). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 33,340 veces mayor en la vega que en Patía.. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para el año 2009 muestra un IRD acotado de (0,977) que indica un incremento de muertes las zonas urbanas o con mejores condiciones, contrario a lo que aconteció en ese año, para los años 2010, 2011 y 2013 los IRD acotado indican mayor número de muertes en la zona rural con peores condiciones, siendo el año 2012 un año con un elevado número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia con un IRD acotado (180,095). Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009 y 2013 se observa una tendencia positiva y la curva de concentración por debajo de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios urbanos. Mientras que para los años 2010, 2011 y 2012 la curva de concentración está por encima de la diagonal, con una tendencia negativa lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios rurales. (Ver. Grafico 98).

Grafico 98Desigualdades en la Mortalidad por Deficiencias nutricionales en Mujeres según ruralidad. Índice de Concentración.





Fuente: Elaboración propia

Tabla 71 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por Deficiencias nutricionales y anemia en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Déficit de vivienda cuantitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	0,361	0,11	1,003	0,375	1,387
	IRDA	0,492	0,047	0,684	0,37	0,47
	IC	0,13	0,359	0,071	0,177	0,138

CT: Cociente de tasas extremas
Epidat 4.1

Fuente:

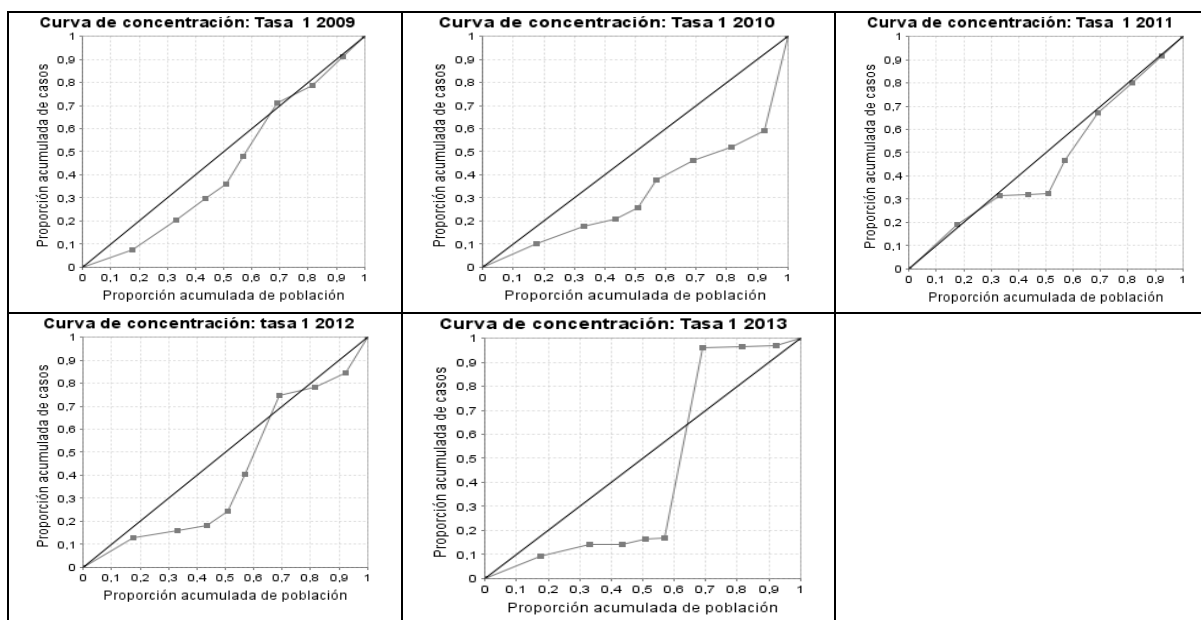
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a las deficiencias nutricionales y anemia en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en los años 2009, 2010 y 2012 el resultado indica que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con alto déficit de vivienda cuantitativa. Mientras que para los años 2011, y 2013 la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales

y anemia es mayor en el municipio con alto déficit de vivienda cuantitativa (El tambo), comparada con el Municipio que tiene bajo déficit de vivienda (Almaguer). Mientras que el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para los años 2009 a 2013 indican un incremento de muertes en los municipios con mejores condiciones de vivienda. Mientras tanto el **Índice de concentración** para los años 2009 a 2013 se observa una tendencia positiva y las curvas de concentración se encuentran por debajo de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con menor déficit de vivienda, que en los municipios con mayor déficit de vivienda. (Ver. Grafico 99).

Grafico 99 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en hombres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 72 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia según déficit de vivienda cuantitativa en mujeres. Cauca 2009-2013

Todas las demás	Déficit de	2009	2010	2011	2012	2013
-----------------	------------	------	------	------	------	------

causas	vivienda cuantitativo	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	0,229	1,076	0,248	0,067	0,194
	IRDA	0,615	1,601	0,623	0,439	0,259
	IC	0,09	-0,085	0,088	0,149	0,228

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** en los años 2009, 2010 y 2012 el resultado del cociente de tasas extremas, indica que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con alto déficit de vivienda cuantitativa. Mientras que para los años 2011, y 2013 la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es mayor en el municipio con alto déficit de vivienda cuantitativa (El tambo), comparada con el Municipio que tiene bajo déficit de vivienda (Almaguer). Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotados** calculados con las tasas de Mortalidad para las deficiencias nutricionales y anemia para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 evidencian mayor número de muertes en los municipios con peores condiciones de vivienda. Contrario a lo anterior el año 2010 que presenta un mayor número de muertes en los municipios con peores condiciones de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 se observa una tendencia positiva y la curva de concentración por debajo de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios menor déficit de vivienda. Mientras que para el año 2010 la curva de concentración está por encima de la diagonal, con una tendencia negativa lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios con mayor déficit de vivienda. (Ver. Grafico 100).

Grafico 100 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según déficit de vivienda cuantitativo. Índice de Concentración

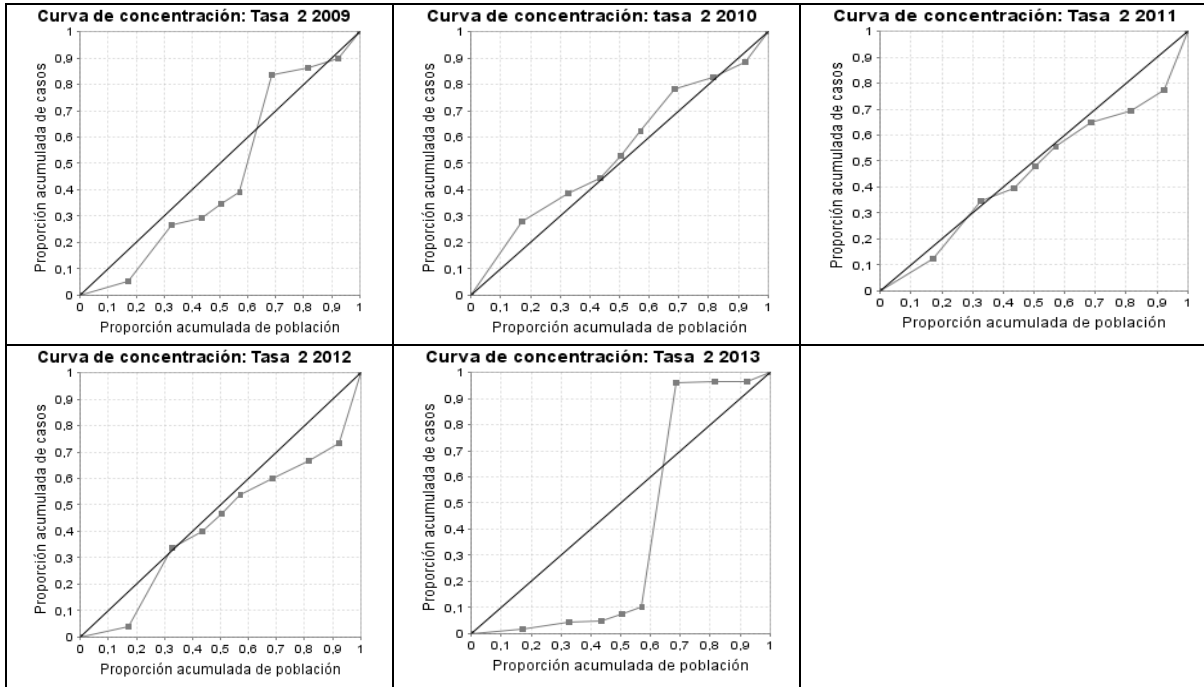


Tabla 73 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Déficit de vivienda cualitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	2,095	0,489	0,05	0,277	0,039
	IRDA	2,459	4,44	0,776	2,997	11,585
	IC	-0,164	-0,247	0,048	-0,194	-0,332

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

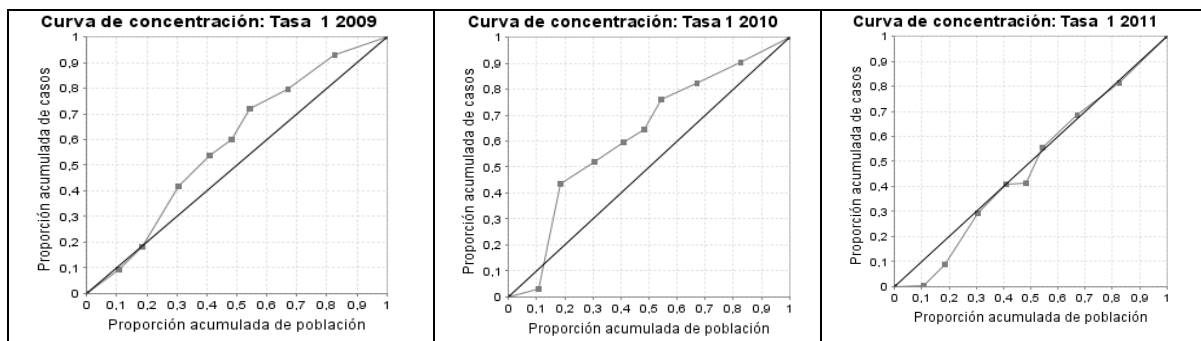
4.1

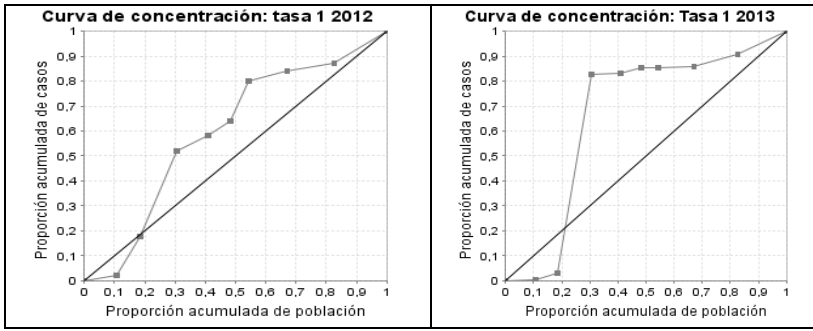
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a las deficiencias nutricionales y anemia en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en los años 2010, 2011, 2012 y 2013 el resultado indica que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con alto déficit de vivienda cualitativa. Mientras que para el año 2009 la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es mayor en el municipio con alto déficit de vivienda cualitativa (Guapi), comparada con el Municipio que tiene bajo déficit de vivienda (Tambo). En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados para los años 2009, 2010, 2011 y 2013 muestran un incremento de muertes en los municipios con peores condiciones de vivienda, contrario a lo anterior en la gráfica de concentración del año 2001 se evidencia un IRD acotado de 0,776 que indica que en ese año el mayor número de muertes se presentó en los municipios con mejores condiciones de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 se observa una tendencia negativa y la curva de concentración por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios mayor déficit de vivienda cualitativo. Mientras que para el año 2011 la curva de concentración está por debajo de la diagonal, con una tendencia positiva lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios con menor déficit de vivienda (Ver. Grafico 101).

Grafico 101 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 74 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia según déficit de vivienda cualitativa en mujeres. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Déficit de vivienda cualitativo	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	0,823	0,329	0,591	2,389	0,328
	IRDA	2,785	0,749	1,334	1,725	-18,861
	IC	-0,183	0,054	-0,055	-0,103	-0,442

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

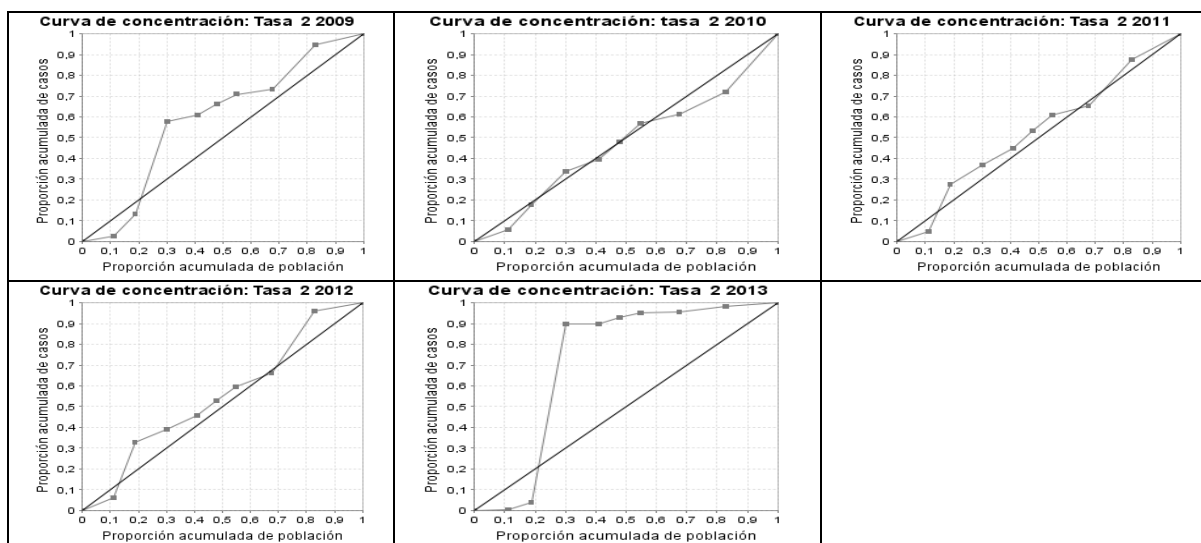
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según el **Cociente de tasas extremas** para los años 2009, 2010, 2011 y 2013 el resultado indica que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con alto déficit de vivienda cualitativa. Mientras que para el año 2012 la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es mayor en el municipio con alto déficit de vivienda cualitativa (Guapi), comparada con el Municipio que tiene bajo déficit de vivienda (Tambo). Entre tanto el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 evidencia un mayor número de muertes por dicha enfermedad en los municipios con peores condiciones de vivienda. Contrario a lo que se observa en el año 2010 con un IRD acotado de 0,749 que indica que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con mejores condiciones de vivienda. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 se observa una tendencia negativa y la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se

presentan en los municipios mayor déficit de vivienda. Mientras que para el año 2010 la curva de concentración está por debajo de la diagonal, con una tendencia positiva lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios con menor déficit de vivienda. (Ver. Grafico 102).

Grafico 102 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales en Mujeres según déficit de vivienda cualitativo. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 75. Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según porcentaje de analfabetismo. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	Porcentaje de analfabetismo	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	0,609	2,743	0,467	0,771	14,753
	IRDA	1,267	5,362	0,442	1,909	-11,039
	IC	-0,042	-0,24	0,137	-0,11	-0,419

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

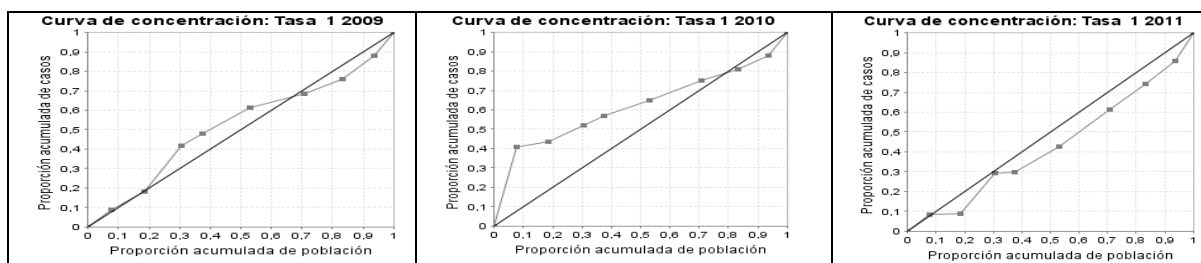
4.1

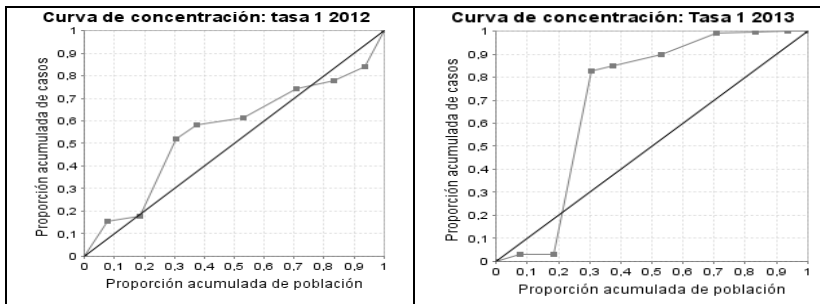
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a deficiencias nutricionales y anemia en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en los años 2009, 2011 y 2012 el resultado indica que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con alto índice de analfabetismo. Mientras que para el año 2010 y 2013 la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es mayor en el municipio con alto índice de analfabetismo (Almaguer), comparada con el Municipio que alto índice de analfabetismo (Caloto). En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 presentaron mayor número de muertes por esta patología en los municipios con peores condiciones de analfabetismo. Contrario a lo anterior en el año 2011 el IRD acotado (0,442) evidencia que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con menos analfabetismo. En los resultados del **Índice de concentración** para los años 2009, 2010, 2012 y 2013 se observa una tendencia negativa y la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con mayor índice de analfabetismo. Mientras que para el año 2011 la curva de concentración está por debajo de la diagonal, con una tendencia positiva lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios con bajos índices de analfabetismo (Ver. Grafico 103).

Grafico 103 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración





Fuente: Elaboración propia

Tabla 76. Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia según porcentaje de analfabetismo en mujeres. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Porcentaje de analfabetismo	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	1,903	1,137	2,708	3,507	1,19
	IRDA	10,129	1,433	2,724	4,424	-7,651
	IC	-0,289	-0,063	-0,163	-0,222	-0,457

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

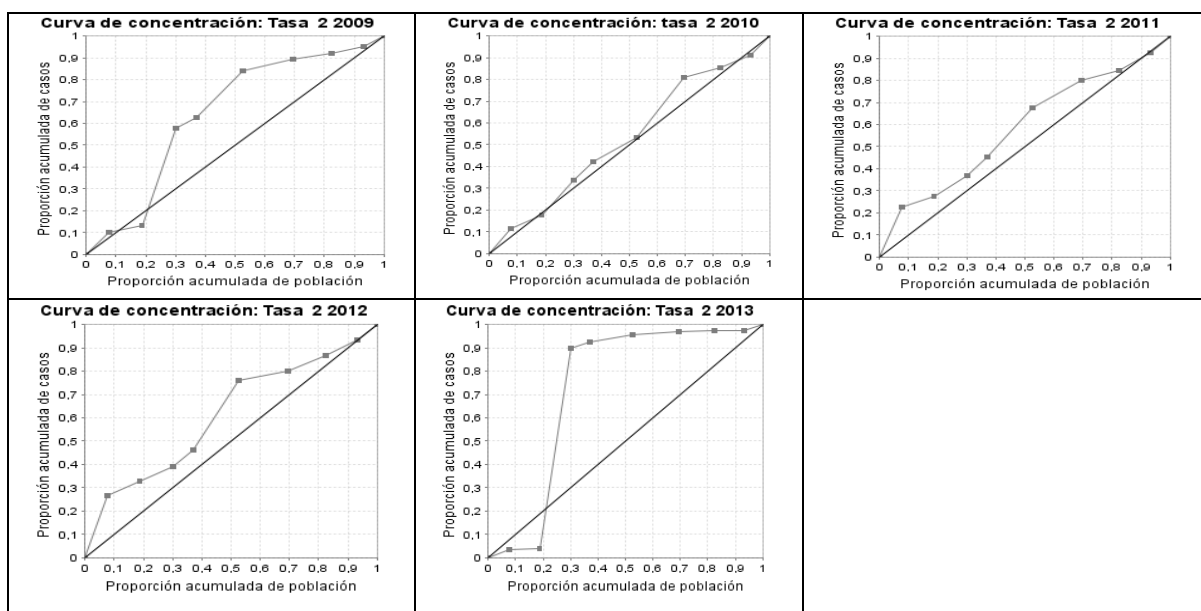
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** muestran que la tasa de mortalidad por este evento, en todos los años analizados es mayor en el municipio con alto índice de analfabetismo (Almaguer), comparada con el Municipio bajo índice de analfabetismo (Caloto). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2012 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 3,507 veces mayor en la Almaguer que en Caloto. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** para los años 2009 a 2013 se evidencia que el mayor número de muertes por esta patología se presentó en los

municipios con peores condiciones de analfabetismo. Entre tanto el **Índice de concentración** Para todos los años se observa una tendencia negativa y la curva de concentración está por encima de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios mayor índice de analfabetismo, que en los municipios con menor índice de analfabetismo (Ver. Grafico 104).

Grafico 104 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en Mujeres según porcentaje de analfabetismo. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 77 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencia de micronutrientes y anemia en hombres según cobertura de acueducto. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Porcentaje cobertura de acueducto	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias	CT	1,478	0,596	0,053	0,71	0,496

nutricionales y anemia	IRDA	0,566	2,67	0,386	0,424	0,036
	IC	0,103	-0,17	0,164	0,149	0,342

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

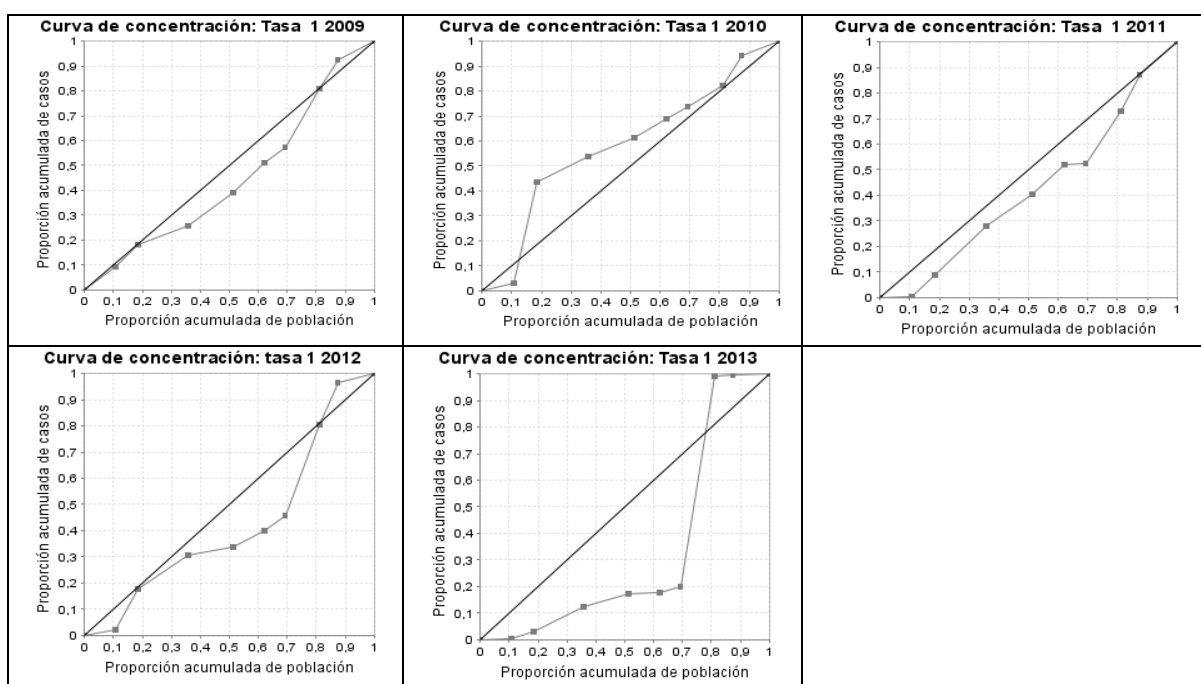
4.1

IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a la diabetes mellitus en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** en los años 2010, 2011, 2012 y 2013 el resultado del cociente de tasas extremas, indica que no se observa desigualdad a expensas de los municipios con baja cobertura de acueducto, Mientras que para el año 2009 la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es mayor en el municipio con baja cobertura de acueducto (Guapi), comparada con el Municipio que alta cobertura de acueducto (Patía).. En el mismo sentido el **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** evidencia que, el mayor número de muertes se presentó en los municipios con peores condiciones de acueducto, contrario a lo anterior en los años 2009, 2011, 2012 y 2013 el IRD acotado indica que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con mejores condiciones de acueducto. Con respecto al **Índice de concentración** Para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 se observa una tendencia positiva y la curva de concentración está por debajo de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con altas coberturas de acueducto. Mientras que para el año 2010 la curva de concentración está por encima de la diagonal, con una tendencia negativa lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios con bajas coberturas de acueducto. (Ver. Grafico 105).

Grafico 105 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 78 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia según cobertura de acueducto en mujeres. Cauca 2009-2013.

Todas las demás causas	Cobertura acueducto	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	1,260	1,545	1,26	1,05	2,126
	IRDA	0,438	1,395	1,909	2,109	-0,058
	IC	0,145	-0,062	-0,117	-0,133	0,413

CT: Cociente de tasas extremas

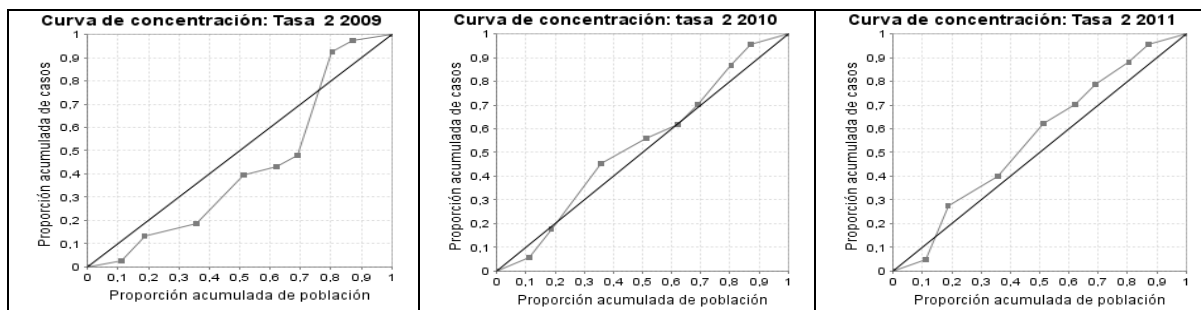
Fuente: Epidat 4.1

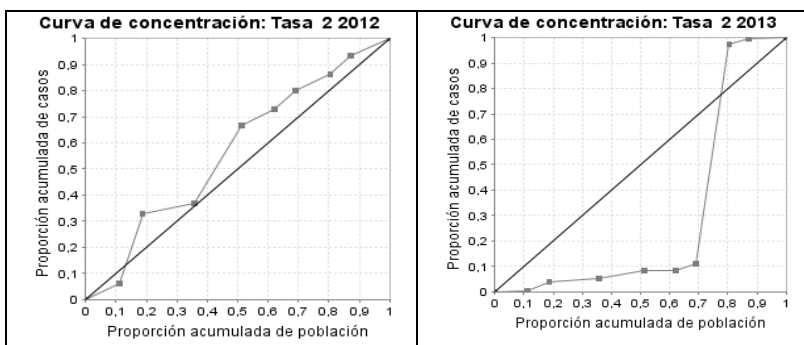
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales y anemia en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** muestra que la tasa de mortalidad por esta enfermedad, en todos los años analizados es mayor en el municipio con baja cobertura de acueducto (Guapi), comparada con el Municipio con alta cobertura de acueducto (Patía). El año donde se evidencia mayor desigualdad es el 2013 donde la mortalidad por esta causa llega a ser 2,126 veces mayor en Guapi que en Patía. Así mismo el **Índice Relativo de Desigualdad acotados** calculados con las tasas de Mortalidad para las deficiencias nutricionales y anemia para los años 2010, 2011, 2012 y 2013 evidencian que se presentaron en los municipios con peores condiciones de acueducto. Contrario a lo anterior se observa que en el año 2009 el mayor número de muertes se presentó en los municipios con mejores condiciones de acueducto presentando un IRD acotado de 0,438. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009 y 2013 se observa una tendencia positiva y la curva de concentración está por debajo de la diagonal, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con altas coberturas de acueducto. Mientras que para los años 2010, 2011 y 2012 la curva de concentración está por encima de la diagonal, con una tendencia negativa lo que indica que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales se presentan en los municipios con bajas coberturas de acueducto. (Ver. Grafico 106).

Grafico 106 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en Mujeres según cobertura de acueducto. Índice de Concentración.





Fuente: Elaboración propia

Tabla 79 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según IRCA. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	IRCA	2009	2010	2011	2012	2013
		hombres	hombres	hombres	hombres	hombres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	1,437	0,736	0,477	0,247	7,110
	IRDA	1,408	4,305	0,482	1,024	0,988
	IC	-0,065	-0,224	0,139	-0,004	0,002

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat 4.1

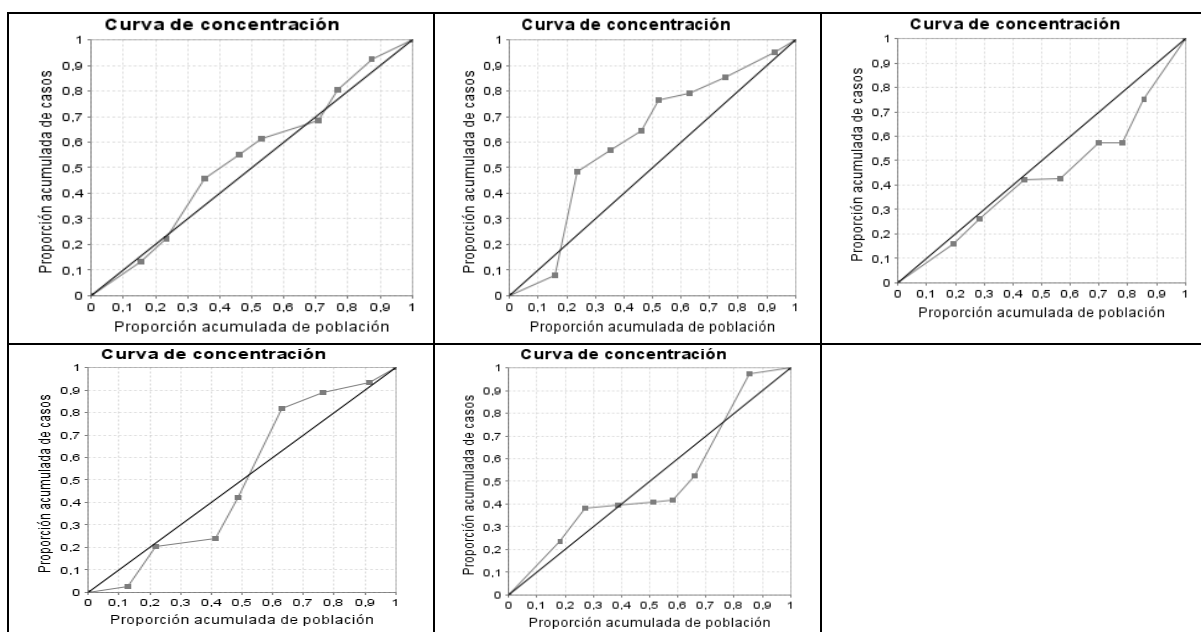
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Con respecto a deficiencias nutricionales y anemia en hombres, según los valores del **Cociente de tasas extremas** Para el año 2009, la tasa de mortalidad por este evento es 1,437 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (La Vega), comparada con el municipio con bajo IRCA (Patía). Así mismo para el año 2013 la tasa de mortalidad por este evento es 7,110 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (la vega), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). Mientras que para los años 2010, 2011 y 2012, hay ausencia de desigualdad a expensas del municipio con alto riesgo de calidad del agua. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculado

con las tasas de Mortalidad para las deficiencias nutricionales y anemia para el año 2009, 2010 y 2012 evidencia que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con el mayor índice de riesgo de calidad de agua. Mientras que para los años 2011 y 2013 indica que el mayor número de muertes por esta patología se presentó en los municipios con mejores condiciones de IRCA. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009, 2010 y 2012 muestra que la curva de concentración se encuentra por encima de la diagonal con tendencia negativa, indicando que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con el mayor índice de riesgo de calidad del agua. IRCA. Mientras que para para el año 2011 y 2013 se observa que la curva de concentración se encuentra ligeramente por debajo de la diagonal, con una tendencia positiva, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con bajo IRCA. (Ver. Grafico 107).

Grafico 107 Desigualdades en la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia en hombres según IRCA. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

Tabla 80 Índices Modelo de Comparación dos a dos, Modelo de Regresión y Modelo de Concentración de la Mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia según IRCA en mujeres. Cauca 2009-2013

Todas las demás causas	IRCA	2009	2010	2011	2012	2013
		Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres	Mujeres
Deficiencias nutricionales y anemia	CT	6,785	0,559	1,78	0,542	14,113
	IRDA	48,69	0,743	2,18	3,64	3,041
	IC	-0,361	0,055	-0,143	-0,205	-0,195

CT: Cociente de tasas extremas

Fuente: Epidat

4.1

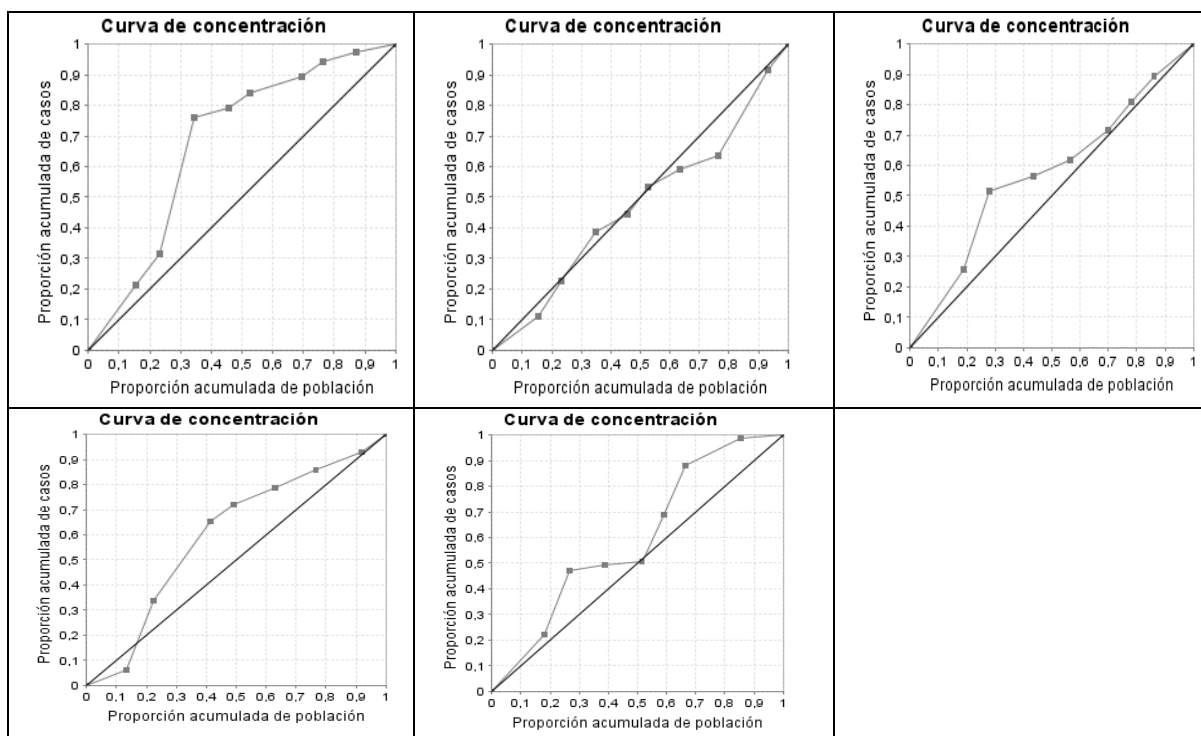
IRDA: Índice Relativo de Desigualdad Acotado

IC: Índice de concentración

Las deficiencias nutricionales en mujeres según el **Cociente de tasas extremas** para el año **2009**, se tiene que la tasa de mortalidad por este evento es 6,785 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (la vega), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). Para el año **2011**, la tasa de mortalidad por este evento es 1,780 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (la vega), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Caldono). De igual forma para el año **2013**, la tasa de mortalidad es 14, 113 veces mayor en el municipio con mayor índice de riesgo de calidad del agua – IRCA (la vega), comparada con el municipio que tiene las mejores condiciones por tener para ese mismo año el IRCA más bajo (Patía). Mientras que para los años 2010 y 2012, en las mujeres no se observa desigualdad a expensas del municipio con alto riesgo de calidad del agua. El **Índice Relativo de Desigualdad Acotado** calculados con las tasas de Mortalidad para las deficiencias nutricionales y anemia para el 2009, 2011, 2012 y 2013 evidencia que el mayor número de muertes se presentó en los municipios con el mayor índice de riesgo de calidad del agua. Mientras que para el año 2010 el IRCA indica que el

mayor número de muertes por esta patología se presentó en los municipios con mejores condiciones de IRCA. Entre tanto el **Índice de concentración** para los años 2009, 2011, 2012 y 2013 se observa que la curva de concentración se encuentra por encima de la diagonal lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con mayor índice de riesgo de calidad del agua. IRCA. Mientras que para el año 2010 se observa que la curva de concentración se encuentra ligeramente por debajo de la diagonal, con una tendencia positiva, lo que significa que el mayor número de muertes por deficiencias nutricionales y anemia se presentan en los municipios con bajo IRCA. (Ver. Grafico 108).

Grafico 108 Desigualdades en la Mortalidad por diabetes mellitus en Mujeres según IRCA. Índice de Concentración



Fuente: Elaboración propia

11 DISCUSION DE RESULTADOS

Este estudio pone en manifiesto las desigualdades sociales en el ámbito de la salud, en los diferentes municipios del departamento del Cauca, en donde las muertes por causas externas, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales son mayores en los municipios con peor condición socioeconómica, municipios rurales, alto índice de necesidades básicas insatisfechas y bajos ingresos.

Si bien es cierto en el departamento del Cauca no se encuentran estudios sobre desigualdades sociales y la mortalidad, se cuenta con el análisis de la situación de salud del departamento año 2015(7), que aborda los efectos de la salud y los determinantes sociales. En el cual se tiene que para los años 2005 a 2013 la segunda causa de mortalidad son las “Demás Causas” que para el año 2013 presenta un ascenso de 86 defunciones x 100.000 habitantes y en tercer lugar se encuentran las muertes por “causas externas” que si bien presentan una tendencia al descenso generan gran impacto para el departamento del Cauca. Tanto el ASIS Cauca 2015 como el presente estudio evidencian una relación en la mortalidad por causas externas con la población del sexo masculino, siendo éstas la primera causa de muerte en la población masculina, lo cual obedece a factores como la violencia y el conflicto interno que ha venido padeciendo el departamento a lo largo de su historia. Mientras que para la población femenina la mortalidad por las “demás causas” es la segunda causa de muerte en esta población. En consecuencia los años de Vida Potencialmente Perdidos para este mismo periodo, se han presentado principalmente por las causas externas y en segundo lugar se encuentran Todas las demás causas.

Estos hallazgos se relacionan con el estudio realizado por B. Caicedo Velásquez y otros, en el departamento de Antioquia “Evolución de las inequidades en mortalidad por causas externas entre los municipios de Antioquia (Colombia)”(32), cuyos resultados muestran que el riesgo de mortalidad por causas externas es mayor en los municipios más pobres y con menores niveles de desarrollo social y económico y se presenta en mayor proporción en la población masculina que en la femenina.

Así mismo coinciden con un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires Argentina en el año 2008 publicado por Spinelli y otros(35), en donde se analizó la existencia de

asociación entre la mortalidad por homicidios e indicadores macroeconómicos, encontrando correlación estadísticamente significativa entre la tasa de homicidios y el coeficiente de Gini según ingresos familiares, porcentaje de población bajo la línea de pobreza e indigencia y el PIB.

Por otra parte, las enfermedades no transmisibles (ENT) se han convertido en la principal causa de muerte a nivel mundial, de las 57 millones de defunciones presentadas en el año 2008, alrededor de dos terceras partes obedecen a ENT, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas y cerca del 80% de estas muertes se presentan en los países con ingresos medios y bajos, generando altos costos económico, humanos y sociales(24). Escenario semejante se presenta en Colombia y el Departamento del Cauca.

En el mismo sentido la revisión realizada por Willy Ramos y otros en Perú(36), con respecto a las Enfermedades no transmisibles efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales en el año 2014, muestra las repercusiones socioeconómicas y sobre el desarrollo que tienen las ENT, al igual que desigualdades en la carga de enfermedad y prevalencia, atribuibles en gran medida a determinantes sociales como la pobreza, educación, género, urbanización y etnia.

De igual manera el estudio de “Mortalidad por diabetes en Panamá y factores de riesgo biológicos y socioeconómicos relacionados con la enfermedad”(37), realizado en Panamá en el año 2013, se evidenció que el ingreso mensual inferior a US \$ 100 ($r = 0,6$, $P < 0,001$), menos de seis años de educación, la ruralidad y el desempleo, estaban asociados con la muerte por Diabetes mellitus. Estas investigaciones coinciden con los resultados del presente estudio, en donde se tiene que la mortalidad por diabetes mellitus se asocia positivamente con la condición socioeconómica, ruralidad y analfabetismo.

Con relación a las desigualdades en la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia, se tiene que en el mundo alrededor de 143.000.000 de niños y niñas menores de cinco años presentan desnutrición, siendo la causa fundamental del 53 % de todas las muertes de niños y niñas menores de cinco años.

Por otro lado las disparidades evidenciadas en el presente proyecto entre la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia y los indicadores socioeconómicos tales como valor agregado municipal (VAM), NBI, Condición socioeconómica y analfabetismo, reafirman la influencia de los determinantes sociales en el estado nutricional de la población. Como lo afirma Latham que en casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia enorme sobre lo que comen las personas, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. (38) Así mismo las deficiencias de micronutrientes durante periodos prolongados, pueden ocasionar retraso en el crecimiento y desarrollo afectando la productividad y la capacidad para el trabajo en los adultos, y en consecuencia menoscabar el desarrollo socioeconómico de un país(39).

El presente estudio explica en buena parte la influencia de los factores socioeconómicos en la mortalidad por causas externas, diabetes mellitus y las deficiencias nutricionales, poniendo en evidencia las inequidades sanitarias a la que está expuesta la población y éstas a su vez como repercuten en el desarrollo socioeconómico del Departamento del Cauca.

12 CONCLUSIONES

12.1 TASAS DE MORTALIDAD

Las tasas de mortalidad en hombres por otros accidentes inclusive secuelas más altas en el período de estudio, es de 222,5 y 60,72 y las más bajas 0,14 y 0,16. Presentándose las mayores tasas de mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas en el municipio de Corinto y las tasas de mortalidad más bajas en los municipios de Popayán y Patía respectivamente. En la población femenina la mayor tasa de mortalidad por otros accidentes inclusive secuelas es 31, 17 y 29, 89 presentándose en los municipios de Cajibío y Patía respectivamente. y las tasas de mortalidad más bajas por este evento 0,07 y 0,39, ocurriendo en los municipios de Popayán y Buenos aires.

Las tasas de mortalidad en hombres por lesiones autoinflingidas para el período 2009 a 2013 más altas son 302,2 y 275,9 y las tasas más bajas 0,27 y 0,65, ocurriendo las mayores tasas de mortalidad en los municipios de Caldono y Argelia y las tasas más bajas en los municipios de Puerto tejada y Suarez respectivamente. En las mujeres la mayores tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas es de 98,45 y 63,23 y las más bajas 0,26 y 0,34. Las tasas más altas se presentan al igual que en los hombres en los municipios de Caldono y Argelia, y las tasas de mortalidad más baja por este evento en los municipios de Puerto tejada y Popayán respectivamente.

Las tasas de mortalidad en la población masculina por agresiones, homicidios para el período de estudio más altas son 2848, 7 y 605,2 y las tasas más bajas 1,08 y 1,60. La mayor mortalidad por agresiones, homicidios se presentó en los municipios de Caldono y Patía y la menor mortalidad por este evento en los municipios de Argelia y Bolívar. Para el género femenino las tasas de mortalidad más alta por agresiones, homicidios es de 316,4 y 160,85 y las más bajas 0,34 y 0,51, presentándose las tasas más altas en el municipio de Caldono y las más bajas en los municipios de Miranda y Santander de Quilichao respectivamente.

Las tasas de mortalidad en la población masculina por eventos de intención no determinada más altas son de 227,09 y 70,22 y las tasas más bajas 0,05 y 0,09. La mayor tasa de mortalidad se presentó en el municipio de Caldono y la menor mortalidad se presentó en los municipios de San Sebastián y Santander de Quilichao respectivamente. En las mujeres las tasas de mortalidad más alta por eventos de intención no determinada es de 71,83 y 41,29 y las más bajas 0,07 y 0,13, presentándose las tasas más altas en el municipio de Caldono e Inzá y las más bajas al igual que en los hombres, en los municipios de San Sebastián y Santander de Quilichao respectivamente.

Las tasas de mortalidad en hombres por diabetes mellitus, más altas son de 275,22 y 142,96 y las más bajas 0,02 y 0,15. Presentándose las más altas tasas de mortalidad en el municipio de Caldono y las más bajas en los municipios de Corinto y Popayán respectivamente. En las mujeres la mayor tasa de mortalidad por diabetes mellitus es de 581,70 y 60,23 y las más bajas 0,11 y 0,43, al igual que en la población masculina la mayor mortalidad se presenta en el municipio de Caldono, seguido del municipio de Timbío y los municipios con menor mortalidad corresponden a los municipios de Buenos aires y Guapi respectivamente.

Las tasas de mortalidad en hombres por deficiencias nutricionales y anemia, más altas es de 112,87 y 39,49 y las más bajas 0,28 y 0,34. Presentándose las más altas tasas de mortalidad en el municipio de Caldono y Almaguer y las más bajas en los municipios de Suarez y Guapi respectivamente. En las mujeres la mayor tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia es de 225,46 y 63,32 y las más bajas 0,42 y 0,47, presentándose las mayores tasas de mortalidad en el municipio de Caldono y las tasas bajas de mortalidad en los municipios de Patía y Buenos aires respectivamente.

12.2 INDICADORES SOCIOECONOMICOS

El valor agregado municipal más alto es 3.083.707 y 2156092 y el VAM más bajos 467.479, 559908, 603562 y 624.184. Los municipios con mejor valor agregado municipal

corresponden a Popayán y Caloto y con peor VAM Argelia, López de micay, Timbiquí y Almaguer respectivamente.

El Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas más bajo es de 18,05 y 18,07 que corresponden a los municipios de Puerto tejada y padilla y los NBI más altos son 100, 97,6, y 88,5, que corresponden a los municipios de Piamonte, Argelia, Guapi y Almaguer respectivamente. El NBI de los municipios de Piamonte y Argelia fue de 100.

La condición económica más altos o económicamente equilibrados es 1, que corresponde a los municipios de Popayán, Tambo, Piendamó y Buenos aires, y los municipios económicamente insuficientes con valor 3, se encuentran Morales, Padilla, Timbiquí y Puracé, Guapi, Cajibío, Suarez, Caloto, Corinto, Argelia, Inzá, Caldon, Paéz, López de Micay, la Vega, Piamonte, Totoró, Miranda y Santander de Quilichao.

Respecto a la ruralidad, se tiene que los municipios con valor 5 eminentemente urbanos corresponden a los municipios de Caloto, Patía, Popayán, Bolívar, Caldon, Puerto Tejada, Miranda y Santander de Quilichao, y los municipios con valor 2 rurales, corresponden a los municipios de Timbío, Piendamó, Rosas, Sucre y Padilla.

El rango de valores del déficit de vivienda cuantitativo más bajo corresponde a 6,60 y 6,81 y el más alto 67,10, 65,30, 60,80 y 59. Los municipios con menor déficit de vivienda cuantitativo corresponden a San Sebastián y Almaguer y los municipios con mayor déficit de vivienda cuantitativo se presenta en los municipios de Bolívar, Tambo, Puracé y la Vega respectivamente.

El déficit de vivienda cualitativo más bajo corresponde a 7,30 y 9,11 y el más alto 97,60, 92,60, 85,40 y 85,36. Los municipios con menor déficit de vivienda cualitativo corresponden a Puracé y Popayán y los municipios con mayor déficit de vivienda cuantitativo se presentan en los municipios de Piamonte, Argelia, Guapi y Almaguer respectivamente.

El porcentaje de analfabetismo más bajo corresponde a 3,90 y 4,20 y el más alto 28.20, 20.50, 20.19, y 18.40. Los municipios con menor porcentaje de analfabetismo corresponden a Popayán, Argelia y con menor porcentaje de analfabetismo Timbiquí, López de Micay, Almaguer y Guapi respectivamente.

El porcentaje de cobertura de acueducto más alto es de 96,12 y 95,23 que se presentan en los municipios de Puerto Tejada y Popayán. Los porcentajes de cobertura de acueducto más bajo son 5.40, 7.2, 14.01 y 17.20, se presentaron en los municipios Argelia, Piamonte, Inzá y Guapi respectivamente.

El índice de riesgo de calidad del agua más bajos para los años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013, son 0,90 (Morales), 1,60 (Piendamó), 070 (Corinto), 3,4 (Toribio) y 2,40 (Patía) y los valores más altos del IRCA para los años mencionados son 97,70 (López de Micay), 100 (Santander de Quilichao, Miranda y Timbiquí), 97,70 (López de Micay) y 94,09 (Toribio), respectivamente.

12.3 DESIGUALDADES

En los municipios con valor agregado municipal bajo (VAM), a través de los índices CT, IRDA e IC , se relaciona con la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia tanto en la población femenina como masculina.

En los municipios con alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI) la alta mortalidad por otros accidentes y lesiones autoinflingidas se observa a través de los cocientes de tasas extremas, índice de regresión acotado e índice de concentración. El índice de regresión acotada y el índice de concentración ponen en evidencia esta desigualdad respecto a los eventos de intención no determinada. El mayor NBI se relaciona además con la mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia

En los municipios económicamente insuficientes se presenta la mayor mortalidad en todos los eventos incluidos como causa externa a través de los indicadores Cociente de tasas extremas, índice de regresión acotado e índice de concentración tanto en la población masculina como femenina. El IRDA y el IC calculados para las enfermedades metabólicas, revelaron una mayor mortalidad por diabetes mellitus y deficiencias nutricionales y anemia en tales municipios.

Con relación a la ruralidad los municipios eminentemente rurales presentan una mayor mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionadas y eventos de intención y por Diabetes mellitus. Este resultado se observa en los valores de CT, IRDA e IC. En los municipios eminentemente rurales se observa mayor mortalidad por agresiones y homicidios a través, deficiencias nutricionales y anemias a través del indicador CT.

Cuando se analiza la mortalidad según déficit de vivienda cuantitativo los otros accidentes inclusive secuelas, las lesiones autoinflingidas intencionadas, y los eventos de intención no determinada se observan a través del IRDA e IC.

Según los niveles de analfabetismo la mortalidad es mayor por otros accidentes y los eventos de intención no determinada Los primeros se observan a través de los indicadores CT, IRDA e IC tanto en hombres como en mujeres y la mortalidad por Diabetes mellitus. La mortalidad por deficiencias nutricionales y anemia; los eventos de intención no determinada se evidencian en los valores del IRDA y el IC.

El análisis de la mortalidad teniendo en cuenta la cobertura de acueducto los otros accidentes inclusive secuelas y lesiones autoinflingidas intencionadas, muestra una mayor mortalidad en los municipios con baja cobertura de acueducto. Los indicadores CT, IRDA e IC dan cuenta de tal desigualdad.

Las disparidades entre la mortalidad por eventos de causa externa, diabetes mellitus y deficiencias nutricionales y anemia, y los factores determinantes sociales, evidencian la necesidad de canalizar las políticas, estrategias y programas en función de los

determinantes sociales que influyen en la presencia de estas enfermedades y eventos en el departamento del Cauca.

13 RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados del presente estudio, se recomienda que las políticas públicas, planes de Inversión, proyectos propios y de cooperación en el Departamento, concentren sus recursos económicos y las intervenciones en las zonas dispersas del municipio, en donde se presenta la mayor morbimortalidad del departamento. Así mismo la realización de cambios estructurales que permitan el abordaje de los determinantes sociales en todos los niveles, que repercutan en el mejoramiento de la salud y el bienestar de la población caucana.

Generar estrategias efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que puedan llegar a las familias y comunidades de área rural dispersa del departamento, tales como fortalecer o implementar equipos interdisciplinarios que se desplacen periódicamente a las zonas rurales dispersas de los municipios del Departamento del Cauca

Fortalecer o implementar redes sociales comunitarias, para el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y manejo de enfermedades en la comunidad.

Implementar mecanismos de supervisión, control y sanciones a los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud, para el control de recursos económicos y el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, con calidad y oportunidad.

Favorecer la participación ciudadana en los procesos de construcción, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas en salud y nutrición a nivel Departamental y Municipal

14 REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud OMS. 2008 1
2. MINSALUD. Plan decenal de salud pública, PDSP 2012-2021. Ministerio de Salud y protección. 2013
3. Organization. WH. Formulating strategies for health for all by the year 2000 : guiding principles and essential issues, document of the Executive Board of the World Health Organization. Health for all series ; no. 2. 1979
4. Pasarín M, Borrell C, Plasència A. ¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona? Gac Sanit. 1999 Nov 1;13(6):431-40.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promot Int. 1991 Jan 1
6. Pineda Restrepo B del C. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Univ Odontológica, ISSN-e 2027-3444, Vol 31, N° 66, 2012, págs 97-102. 2012
7. Cauca gobernacion del. Análisis de la situación de salud del departamento del Cauca 2015. 2016;
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos conceptuales Estrategia PASE a la Equidad en Salud. 2014;
9. Ley Estatutaria No.1751 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. El congreso de Colombia.

10. Política de Atención Integral En Salud Ministerio de Salud y Protección Social. 2016;
11. Plan de Desarrollo 2016-2019 Cauca Territorio de Paz.;15–148.
12. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010 Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. 2010;
13. Bárcena A. Panorama social de América Latina 2008 | Presentation | Comisión Económica para América Latina y el Caribe. cepal. 2008;1–37.
14. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo,1991-2009. :8–10.
15. Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia 2013. 2013;
16. Análisis de la Situación de Salud en Colombia. 2002;
17. Técnico D. Carga de Enfermedad Colombia 2005: resultados alcanzados.
18. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia.;
19. Informe sobre la situación mundial.;
20. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurr M, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Pan Am J Public Heal. 2002;12(6):398–415.
21. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian S V. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías*. Rev Panam Salud Publica;38(4):2015.
22. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. Ginebra. 2008;

23. Ialonde M. A new perspective on the health of Canadians | National Collaborating Centre for Determinants of Health. Government of Canadá. 1974;11–76.
24. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010: Resumen de orientación. 2011;
25. Mallonee M. Manual de capacitación en la vigilancia de las lesiones “La razón para recolectar, analizar y diseminar información sobre una enfermedad es controlarla. La recolección y análisis no debe consumir recursos si no es seguida de una acción.” Inj Surveillance Epidemiol Rev. 2003;25:24–42.
26. Jeinys Joven Rodríguez D, Loy Vera B, Ricardo Rodríguez Jorge D, Rafaela Oneida González Pereira L. Caracterización de la mujer víctima de lesiones intencionales. Acta Médica del Cent. 2015;9(4):39–45.
27. Washington DC. informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. 2016;2–280.
28. Global status report on road safety 2013 :Supporting a decade of action. world Heal Organ. 2013;
29. Vargas-C D. Comportamiento de muertes y lesiones por accidente de transporte, Colombia, 2013. Inst Nac Med Leg y Ciencias Forenses. 2013;1–56.
30. Salud plan federal de. Encuesta Nacional de Nutrición Y Salud 2004-2005. Argentina.;1–65. Av-
31. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. 2009;
32. Caicedo-Velásquez B, Álvarez-Castaño LS, Marí-Dell’Olmo M, Borrell C. Evolución de las inequidades en mortalidad por causas externas entre los municipios de Antioquia (Colombia). Gac Sanit. 2016 Jul 1;30(4):279–86. A

33. Borja-Aburto VH. Estudios ecológicos. *Salud Publica Mex.* 2000;42(6):533–8.
34. De Salud M. Resolución 8430. 1993. :1–19.
35. Spinelli H, Macías G, Darraidou V. Macroeconomic processes and homicides. An ecological study in the outskirts of Buenos Aires (Argentina) between 1989 and 2006. *Salud Colect.* 2008;4(3):283–99.
36. Peruana De Epidemiología S, Ramos P, Venegas W;, Honorio D;, Pesantes H;, Arrasco J;, et al. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Rev Peru Epidemiol.*;18:1–10.
37. Motta J, Ortega-Paz L, Gordón C, Gómez B, Castillo E, Herrera-Ballesteros, V. Pereira M. Diabetes mortality in Panama and related biological and socioeconomic risk factors. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(2):114–20.
38. Latham MC. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Nutr Humana en el Mundo EN Desarro.* 2002;35–43.
39. Documento Conpes 113 Social. *Política Nac Segur Aliment Y Nutr.* 2008;