DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MURINDÓ, ANTIOQUIA, 2009.

GLORIA JIMENA BUITRAGO SALAZAR
SANDRA CUADRADO HORTA
WALTER GONZÁLEZ POLO
YERIS PAOLA OROZCO SOLANO
DIANA PATRICIA RUIZ GARCIA

UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN
2010

DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MURINDÓ, ANTIOQUIA, 2009

GLORIA JIMENA BUITRAGO
SANDRA CUADRADO HORTA
WALTER GONZÁLEZ POLO
YERIS PAOLA OROZCO
DIANA PATRICIA RUIZ GARCIA

Proyecto de grado para optar por el título de Gerencia en Salud Pública

JOSÉ BAREÑO
MD. MSc epidemiología
Asesor metodológico

UNIVERSIDAD CES
MEDELLÍN
2010

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

Firma presidente del jurado

Jurado 1

Jurado 2

Medellín, Agosto 31 de 2010

AGRADECIMIENTOS

A Dios gracias por la sabiduría y la inteligencia.
A nuestros asesores por transmitirnos sus conocimientos, experiencia y experticia.
A nuestras familias por su apoyo incondicional y comprensión durante todo el proceso.
A nuestras empresas por creer en cada uno de nosotros y permitir los espacios para nuestro mejoramiento continúo a través de la adquisición del conocimiento.
A todos los que hicieron posible este sueño realidad.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

RESUMEN....10

ABSTRACT....12

INTRODUCCIÓN....14

1.FORMULACION DEL PROBLEMA....17

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA....17

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 18

2.MARCO CONCEPTUAL....19

GLOSARIO....19

CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN 18

ESTADO DE SALUD....20

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA....24

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD – DSS....25

IDENTIFICACIÓN DEL MUNICIPIO....26

Armada Nacional de Colombia. Murindó, tesoro de Antioquia. Año 2004 [internet]. [Consultado 2010 May 29]. Disponible en: http://www.armada.mil.co/?idcategoria=57596....89

MARCO LEGAL 32

SÍMBOLOS28....33

ASPECTOS ECONÓMICOS....34

SERVICIOS PÚBLICOS....34

EDUCACIÓN....34

3.OBJETIVOS....32

OBJETIVO GENERAL....32

OBJETIVOS ESPECÍFICOS....32

METODOLOGÍA....33

TIPO DE ESTUDIO....33

POBLACIÓN DE ESTUDIO....33

FUENTES DE INFORMACIÓN.....33
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....32
TABLA DE VARIABLES.....33
PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....39
PLAN DE ANÁLISIS.....39
CONSTRUCCIÓN INDICADORES Y CANALES ENDÉMICOS.....39
4.CONSIDERACIONES ÉTICAS.....42
RESULTADOS.....43
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS.....43
5.DISCUSIÓN.....83
CONCLUSIONES.....85
BIBLIOGRAFÍA.....87

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Gabinete municipal de Murindó.....29

Tabla 2. Personal de Hospital San Bartolomé de Murindó.....30

Tabla 3. Disponibilidad de los servicios en el hospital.....31

Tabla 4. Programas ofrecidos por la ESE de Murindó.....31

Tabla 5. Población total por grupo de edad y sexo. Murindó, 2009.....44

Tabla 6. Indicadores Socio demográficos y económicos del municipio de Murindó, 2009.....45

Tabla 7. Proporción de población por estado civil según sexo y zona de residencia. Murindó, 2009. 46

Tabla 8. Distribución poblacional por nivel educativo según sexo y zona de residencia. Murindó, 2009.....47

Tabla 9. Distribución de las amenazas en las viviendas según zona de residencia, Murindó, 2009. 47

Tabla 10. Distribución de los servicios públicos por zona de residencia, Murindó, 2009.....48

Tabla 11. Distribución del tipo de servicio sanitario en la vivienda según zona de residencia. Murindó, 2009.....48

Tabla 12. Distribución de las formas de obtención de agua en las viviendas según zona de residencia. Murindó, 2009.....49

Tabla 13. Distribución del estrato socioeconómico según zona de residencia. Murindó, 2009.....49

Tabla 14. Distribución tenencia de la vivienda según zona de residencia. Murindó, 2009.....50

Tabla 15. Diez primeras causas de consulta externa según zona de residencia. Murindó, 2009.....53

Tabla 16. Diez primeras causas de consulta externa relacionadas con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, según zona de residencia. Murindó, 2009. .54

Tabla 17. Diez primeras causas de consulta externa por sexo. Murindó, 2009.....54

Tabla 18. Diez primeras causas de consulta por grupo de edad. Murindó, 2009.....55

Tabla 19. Diez primeras causas de hospitalización según zona de residencia. Murindó, 2009.....60

Tabla 20. Diez primeras causas de hospitalización por sexo. Murindó, 2009.....61

Tabla 21. Diez primeras causas de hospitalización por grupo de edad. Murindó, 2009.....61

Tabla 22. Diez primeras causas de consulta a urgencias según zona de residencia. Murindó, 2009. 67

Tabla 23. Diez primeras causas de consulta a urgencias por sexo, Murindó, 2009.....68

Tabla 24. Primeras causas de consulta urgencias por grupo de edad. Murindó, 2009.....68

Tabla 25. Mortalidad por grupo de edad y sexo. Murindó, 2009.....74

Tabla 26. Distribución proporcional de las causas de mortalidad según lista 105 DANE, por grupo de edad y sexo. Murindó, 2009.....75

Tabla 27. Distribución de los eventos de interés en salud publica reportados en el SIVIGILA. Murindó, 2007- 2009.....77

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Población total según sexo y grupo de edad. Murindó, 2009.....43

Figura 2. Proporción de Afiliación al SGSSS municipio de Murindó, 2009.....45

Figura 3. Tasa de Natalidad Global y en Adolescentes (10 a 19 años) por mil habitantes. Murindó 2009.....51

Figura 4. Distribución proporcional de nacimientos a nivel global y en adolescentes (10 a 19 años) por mes. Murindó, 2009.....52

Figura 5. Distribución proporcional de la Tasa Bruta de Mortalidad por mil habitantes. Murindó, 2005-2009.....73

Figura 6. Distribución proporcional de las diez primeras causas de mortalidad según lista 105 DANE, Murindó, 2009.....75

Figura 7. Distribución proporcional de la Tasa Mortalidad en menores de 5 años por mil nacidos vivos. Murindó, 2005-2009.....76

Figura 8. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de malaria y dengue clásico. Murindó 2005 – 2009.....78

Figura 9. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de varicela y TBC pulmonar. Murindó 2005 – 2009.....79

Figura 10. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de Hepatitis B y VIH- SIDA. Murindó 2005 – 2009.....80

Figura 11. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de Hepatitis A. Murindó 2005– 2009.....81

RESUMEN

INTRODUCCIÓN Para el municipio de Murindó es muy importante contar con este trabajo ya que no existe en dicha localidad documento alguno donde se indique la existencia de un diagnóstico de situación de salud. Además, un diagnóstico de situación de salud es un recurso de gran valor para la planificación en salud de una comunidad, pues aporta la información necesaria para poder priorizar y orientar los programas, proyectos y acciones dirigidos a la población para mejorar su situación de salud y elevar la calidad de vida de la población del municipio de Murindó

METODOLOGÍA Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, el cual permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado; retrospectivo, debido a que la información analizada corresponde a datos del pasado; basado en fuentes secundarias como la base de datos del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios – SISBÉN-, registros individuales de prestación de servicios de salud – RIPS-, SIVIGILA y estadísticas vitales.

RESULTADOS La Estructura de población del municipio es joven, existe un alto índice de dependencia de 75 personas por cada 100 personas en edad económicamente activa, en el municipio de Murindó hay una tendencia a una estructura laboral no tan joven, aunque esto no significa necesariamente que se tenga un alto grado de envejecimiento laboral. El 79% de la población se encuentra afiliada al régimen subsidiado. La tasa de natalidad para el año 2009 incrementó con relación a los años 2007 y 2008, en el año 2007 la tasa de natalidad fue de 22 nacidos vivos por cada mil habitantes, y en el año 2008 fue de 37.7 nacidos vivos por cada mil habitantes. La morbilidad para el año 2009 en el municipio de Murindó en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias fueron los siguientes: Se registraron un total de 4.542 consultas externas, la infección de vías respiratorias superiores ocupo el primer lugar en la serie analizada con el 8.5%. 174 hospitalizaciones, las dos primeras causas de hospitalización fueron el parto único espontáneo con el 10.3% y la bronconeumonía no especificada con el 6.9%, la desnutrición y la diarrea y gastroenteritis son también unas de las causas de hospitalización más frecuentes en la población del municipio de Murindó con el 5.2% del total de hospitalizaciones respectivamente cada una. 1.290 urgencias, de las cuales el 7.8% correspondieron a atenciones debido a otros dolores abdominales y los no especificados; seguido por la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 6.9%. Del total de consultas al servicio de urgencias presentadas en el municipio durante el año 2009 el 59.61% corresponde a población del área rural y el 40.39% a población del área urbana. En el año 2009 en el municipio de Murindó se presentaron 14 muertes, presentándose un incremento en la mortalidad con relación al 2008 donde se reportaron un total de 12 defunciones, para una tasa de mortalidad en el 2008 de 3 muertes por cada 1000 habitantes,

mientras para el año 2009 dicha tasa de mortalidad fue de 3.4 muertes por cada mil habitantes. En el año 2009 se presentó un incremento del 300% en el numero de eventos reportados con respecto al 2008; en total se registraron 131 eventos en el 2009 a través del SIVIGILA municipal, el 50,46% se presentaron en población del área urbana, del total de casos de la zona el 54.55% se presento en la población masculina y el 45.45% en la población femenina

DISCUSIÓN El municipio de Murindó tiene una composición poblacional bastante interesante por el hecho de poseer una cantidad considerable de población indígena (37,0 %), que hoy día conserva las costumbres de sus ancestros y tienen un contacto limitado con las demás personas y el uso de los servicios de salud. El municipio en más del 50,0 % está conformado por hombres. De acuerdo a la pirámide poblacional de 2009, se observo que la población está evolucionando hacia una disminución en la fecundidad y la mortalidad, pues se observo que los grupos de mayor población son los intermedios. Este comportamiento poblacional puede deberse al número de muertes presentadas en los niños menores de seis años. La mortalidad es uno de los indicadores que da cuenta del cambio en la estructura de la población. Alrededor del 33,0 % de las muertes presentadas en el municipio en el año 2009, se debieron a deformaciones y otros de tipo congénito, problemas respiratorios en el periodo perinatal y problemas de insuficiencia renal. Comportamiento en las muertes un poco diferente a lo que se observa tanto en Colombia como en el departamento donde una de sus principales causas son los homicidios y enfermedades del corazón.

PALABRAS CLAVE: diagnóstico, salud, Murindó, enfermedad, población.

ABSTRACT

Introduction For the city of Murindó is very important to have this job because there is no any document in the locality where indicated the existence of a diagnosis of health status. In addition, a diagnosis of health status is a valuable resource for health planning in a community, as it provides the information needed to prioritize and guide the programs, projects and actions aimed at the people to improve their health status and improve the quality of life of the population of the municipality of Murindó.

Methodology We conducted a descriptive study of cross section, which allows us to estimate the magnitude and distribution of a disease or condition at any given time, retrospective, because the information analyzed from data of the past, based on secondary sources as the basis Data Identification and Selection System of Beneficiaries - SISBEN, individual records of health services - RIPS - SIVIGILA and vital statistics

Results The structure of the municipality is young, there is a high dependency ratio of 75 persons per 100 persons of working age in the municipality of Murindó is a tendency to labor structure not so young, but this does not necessarily mean have a high degree of aging workforce. 79% of the population is affiliated to the subsidized regime. The birth rate for 2009 increased compared to the years 2007 and 2008, in 2007 the birth rate was 22 births per thousand inhabitants, and in 2008 was 37.7 live births per thousand inhabitants . Morbidity for the year 2009 in the municipality of Murindó in outpatient services, hospitalization and emergency department were as follows: A total of 4,542 outpatients, the upper respiratory tract infection ranked first in the series analyzed with 8.5%. 174 hospitalizations, the two leading causes of hospitalization were single spontaneous delivery in 10.3% and bronchopneumonia with unspecified 6.9%, malnutrition and diarrhea and gastroenteritis are also one of the most frequent causes of hospitalization in the population of the municipality of Murindó to 5.2% of all hospitalizations respectively each. 1,290 emergency which 7.8% corresponded to care abdominal pain due to other and unspecified, followed by diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin with 6.9%. Of total visits to the emergency department in the municipality borrowed during the year 2009 the 59.61% is the rural population and 40.39% of the population in urban areas. In 2009 the municipality of Murindó were 14 deaths which is an increase in mortality compared to 2008, which reported a total of 12 deaths for a mortality rate in 2008 of 3 deaths per 1,000 population while in 2009 the rate of mortality was 3.4 deaths per thousand inhabitants. In 2009 there was an increase of 300% in the number of reported events from 2008 total registered 131 events in 2009, through the municipal SIVIGILA, the 50.46% occurred in urban area population of total area where the 54.55% was observed in the male population and 45.45% in women.

Discussion The municipality has a population composition Murindó quite interesting in fact have a considerable indigenous population (37.0%), which today

preserves the traditions of their ancestors and have limited contact with other people and use of services health. The municipality more than 50.0% is made up of men. According to the population pyramid of 2009 showed that the population is evolving toward a decrease in fertility and mortality, it was observed that the largest population groups are intermediate. This population behavior may be due to the number of deaths in children under 6 years. Mortality is an indicator that accounts for the change in population structure. About 33.0% of deaths in the municipality in 2009 were due to strains and other type congenital respiratory problems in the perinatal period and kidney problems. Behavior in the deaths a little different than what is observed in Colombia and in the department where one of its main causes are the killings and heart disease.

Key Words: Diagnosis, health, Murindó, disease, population

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de conocer la situación de salud del municipio de Murindó, se realiza el presente estudio, el cual no alude a la salud de las personas sino a la salud en general de la comunidad, es decir, de los grupos humanos.

El concepto de situación de salud, permite dibujar y diferenciar, en resumen, los estados de salud de unas y otras comunidades[1].

Se define el diagnóstico de situación de salud como el espacio para conocer las necesidades y problemas de salud de la población, permitiendo un acercamiento a éstos y así tomar decisiones acertadas que favorezcan a la comunidad, además facilitar la organización de los servicios, la racionalidad de los recursos y la oportunidad de acceder a los servicios.

La construcción del diagnóstico de situación de salud se debe a la necesidad de generar políticas de desarrollo que permitan construir sociedades incluyentes y diversas en términos culturales, determinando cuáles son los factores protectores y agresores en un territorio particular permitiendo establecer daños en las personas, las familias, el medio ambiente y su identidad cultural.

Para el municipio de Murindó es muy importante contar con este trabajo ya que no existe en dicha localidad documento alguno donde se indique la existencia de un diagnóstico de situación de salud

Además, un diagnóstico de situación de salud es un recurso de gran valor para la planificación en salud de una comunidad, pues aporta la información necesaria para poder priorizar y orientar los programas, proyectos y acciones dirigidos a la población para mejorar su situación de salud y elevar la calidad de vida de la población del municipio de Murindó.

Se pretende realizar el diagnóstico de la situación de salud del municipio de

Murindó, con base en las condiciones de vida, oferta y demanda de servicios de salud, el estado de salud de la población murindoseña, acceso y utilización de los servicios de salud y algunos aspectos socio-demográficos, a partir de información de fuentes secundarias del año 2009, con la finalidad de aportar elementos que permitan mejorar el impacto de las políticas públicas en las condiciones de vida y el estado de salud de la población murindoseña, mediante la toma oportuna y acertada de decisiones, que reorienten los programas y definan alternativas de solución para las problemáticas existentes en el municipio, permitiendo de esta manera el mejoramiento de la salud de la población.

En el ámbito profesional, como Gerentes en Salud Pública, el interés de esta investigación giro en torno a la aplicación de los conocimientos adquiridos para el análisis e interpretación de los problemas en salud que afrontan las comunidades actuales, permitiendo la toma de decisiones para la generación de políticas de salud.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Salud Pública entendida como “los esfuerzos organizados de una sociedad para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable”, tiene como una de sus prioridades conocer la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad; lo cual se puede determinar realizando un diagnóstico de salud, a partir de la identificación de los problemas de salud, mediante los determinantes sociales, con la finalidad de generar políticas que ayuden a intervenirlos y mejorarlos.

El interés por el cuidado de la salud, la vida y el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población, son temas que se han desarrollado a través de los tiempos acorde a las necesidades de cada una de las culturas. En las últimas décadas, a nivel mundial se ha reconocido a la salud pública como una de las principales esferas a intervenir para la consecución de la calidad vida y de bienestar.

Las enfermedades transmisibles, revisten especial cuidado ante las enfermedades emergentes y reemergentes, entendidas estas como infecciones que amenazan con aumentar en un futuro cercano, otras que se han extendido a nuevas áreas geográficas y las que muestran creciente resistencia a los antibióticos como el dengue, la malaria, el cólera, y la Tuberculosis. Así mismo, La elevada mortalidad masculina por lesiones en adultos jóvenes, constituye otra condición de interés para la Salud Pública del país, al ser esta, una de las expresiones de la violencia entre nuestra población[2].

Colombia vive otros procesos que también obligan a mejorar y expandir las acciones de vigilancia en salud pública. En primer lugar las múltiples migraciones, colocan a poblaciones enteras frente a nuevas enfermedades que desconocen y para las cuales no tiene educación y protección; a su vez, los migrantes llevan consigo nuevos agentes etiológicos[2], hacia lugares con núcleos urbanos en donde existen las condiciones de transmisión, que pone en riesgo a grandes grupos de población. En segundo lugar los proyectos de construcción asociados con la generación de energía y los reservorios artificiales de agua; en los cuales, debido

a los constantes movimientos de la tierra, maquinaria y equipos para la construcción de la obra y de las vías de acceso, la conformación de campamentos habitados por cientos de trabajadores, la migración de personas de otras áreas en busca de empleo y la reubicación de viviendas de las comunidades, modifican las condiciones ambientales de lugares a los cuales el hombre no había penetrado anteriormente, generando un impacto desconocido en la circulación de *agentes* patógenos enzooticos[3].

El municipio de Murindó no ha sido ajeno a esta problemática, sin embargo es poco lo que se conoce sobre ella, o por lo menos lo que ha sido documentado, por otra parte la información que se tiene está desintegrada imposibilitando un conocimiento integral de la situación de salud del municipio, razón por la cual se he identificado la necesidad de conocer la situación real que afronta los murindoseños, en relación no solo con los eventos de interés en Salud Pública que son de notificación obligatoria ante el ente departamental y la morbimortalidad consignada en los RIPS a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), sino que es necesario tener en cuenta otros aspectos como las condiciones sociales, demográficas y económicas, además de la situación nutricional de los menores de 5 años, la salud sexual y reproductiva de la población (Infecciones de transmisión sexual) y los problemas de discapacidad en la población. De tal modo, que sea un instrumento para el ente territorial y la comunidad en general, con información necesaria y relevante para la toma oportuna y acertada de decisiones, que reorienten los programas y definan alternativas de solución para las problemáticas existentes en el municipio, permitiendo de esta manera el mejoramiento de la salud de la población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para lograr el propósito de este estudio se planteó la siguiente pregunta de investigación que fue la que guió el desarrollo del presente estudio:

¿Cuál es la Situación de Salud de la población del municipio de Murindó del Urabá Antioqueño durante el año 2009?

[3] Red Epidemiológica RATIO Unidad de Patología Infecciosa y Epidemiología de la Facultad de Veterinaria (Univ. de Zaragoza). "Diccionario de los principales conceptos de Eco patología y Epidemiología relacionados con el estado de salud o enfermedad en las poblaciones acuícolas" [internet]. [Consultado 2010 May 28]. Disponible en: http://www.revistaaquatic.com/aquatic/html/art203/EcolDic.htm.

2. MARCO CONCEPTUAL

GLOSARIO

- **BROTE** es la ocurrencia de dos o más casos similares de una enfermedad que están epidemiológicamente relacionados.

- **CANAL ENDÉMICO** es un método o instrumento epidemiológico que nos permite conocer el comportamiento de una enfermedad sea transmisible o no para saber si su naturaleza es endémica (casos esperados) o epidémica (casos no esperados).

- **DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD** requerimiento formal (explícito) de servicios de salud, respecto a una población objetivo y en un período determinado.

- **ENDEMIA** constituye la presencia habitual de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica determinada.

- **EPIDEMIA** es el aumento de la incidencia de casos similares por arriba de lo habitual en una población humana, en un área geográfica y un tiempo determinado.

- **ESTADO DE SALUD** nivel de salud de un individuo, grupo o población de acuerdo a evaluación subjetiva del propio individuo o utilizándose indicadores más objetivos.

- **FECUNDIDAD** capacidad fisiológica de la mujer para reproducirse.

- **INDICADOR DE SALUD** reflejo de una situación de salud determinada que mide la salud en una población determinada. Se define también como la variable que sirve para medir los cambios en salud de una población.

- **MORBILIDAD** se refiere a las personas enfermas o casos de enfermedad presentados en una población.

  MORTALIDAD son las muertes debidas a una enfermedad u otra causa, que aparecen en una población en un cierto período de tiempo.

- **OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD** ofrecimiento de servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población, tanto a nivel individual como colectivo, las condiciones de las personas y del ambiente.

- **PROMOCIÓN DE LA SALUD** es "la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y las colectividades.

- **SALUD** debemos comprender el significado de salud como un sinónimo de desarrollo. Es el enlace de los aspectos sociales, económicos, culturales, demográficos, políticos y ambientales traducidos en el completo bienestar del individuo (estado que está propenso a cambios) para que éste contribuya en un mejoramiento de la calidad de vida de una sociedad.

- **VACUNACIÓN** administración de cualquier vacuna con el fin de proteger parcial o completamente contra un agente infeccioso.

CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN

El diseño del perfil epidemiológico se basa en el estudio de las condiciones de vida, consideradas como el conjunto de bienes que conforman la parte social de la existencia humana. Las condiciones hacen parte de la calidad de vida y aunque no

se pueden reducir a las condiciones socioeconómicas, se reconoce que estas son fundamentales para el bienestar del ser humano[4].

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.

La demografía es una ciencia social con dos vertientes, una explicativa y otra de medición[4]. Según Guillard, la demografía es una historia natural y social de la especie humana que mediante las matemáticas trata de conocer sus movimientos y comportamientos generacionales, para Hausen y Duncan este conocimiento de la población se realiza mediante la descripción de la natalidad, mortalidad, movimientos territoriales y movilidad social[5]. Existen diferentes métodos para conocer estas características poblacionales, como los censos, los registros de hechos vitales y cualquier otro método que permita conocer las variables demográficas de la población objetivo. En demografía, las variables pueden optar valores distintos a lo largo del tiempo y del espacio[6].

El proceso de desarrollo económico tiene incidencia en el comportamiento de las variables demográficas. A su vez, el tamaño, composición y distribución de la población, así como también la dinámica demográfica que las determina, tienen influencia en la marcha del proceso de desarrollo económico, por lo que se hace aconsejable su consideración dentro de los esquemas de los programas de desarrollo territoriales[6].

ASPECTOS SOCIALES.

Las tradiciones culturales determinan el proceso salud-enfermedad de las poblaciones, por ejemplo, las diferentes identidades étnicas aportan una diversidad de valores, actitudes y tradiciones a la cultura dominante dentro de un país. Por otra parte, existen valores universales críticos que trascienden la cultura, como los valores éticos y los derechos humanos.[7, 8] Las redes de apoyo social se dividen de acuerdo con su naturaleza: las redes formales corresponden a entidades privadas o gubernamentales; las redes informales corresponden a grupos y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios establecidos según el propósito y objetivo de su constitución. Las redes de apoyo informal pueden ser primarias, son formadas por familiares y convivientes y las secundarias conformadas por vecinos, amigos y parientes, que le permiten la incorporación en la gestión colectiva, el protagonismo, la construcción de la sociedad civil, la realización individual y mecanismos para el desarrollo humano[9].

En este sentido, a familia como sistema social cumple con dos funciones básicas: la primera, asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la seguridad de sus miembros y la suficiencia de alimento y vestido, y la segunda, proporcionar los vínculos afectivos entre los mismos miembros; por lo tanto, la familia juega un papel importante en el proceso generado de enfermedades y en su rehabilitación[9].

ASPECTOS ECONÓMICOS

De las condiciones de vida, la vivienda, el empleo y la educación adecuada, son prerrequisitos básicos para la salud de las poblaciones[10] y el hombre las provee a través de la prestación de su fuerza de trabajo, la mano de obra activa o población económicamente activa, considerada la base de la actividad económica de las comunidades, su función es producir bienes y servicios para satisfacer las necesidades de toda la población[11]. El valor de la fuerza de trabajo se operacionaliza mediante el salario que le permite sufragar los bienes y servicios que necesita para sobrevivir, como dijo Aristóteles, "…es simplemente útil como un medio para obtener otras cosas" [12]; el salario es considerado la principal característica socio-económica por la oportunidad que ofrece de satisfacer las necesidades básicas, pero no es suficiente para englobar las condiciones de vida de la población, pues también requiere: aprovechamiento de las oportunidades; participación social, cultural y política; ejercicio de potencialidades en diferentes esferas de la vida; contención de la pobreza, maltrato y precariedad en el goce de los derechos humanos fundamentales. Lo económico trasciende del ingreso y se expresa también, en el acceso a los procesos productivos, distribución y consumo de bienes y servicios, acceso a trabajo productivo y creativo necesario para obtener una vida con calidad[13] y que a su vez son fundamentales para el bienestar del ser humano[14].

ESTADO DE SALUD

El estado de salud son "las condiciones de salud medianas o no, de una persona o población en un momento dado. Este estado incluye los factores condicionantes y factores determinantes, el nivel de salud y la estructura de salud. En los que respecta a los factores condicionantes son aquellos relacionados con los factores físicos, ecológicos, demográficos, de doblamiento, socio-económicos y socio-culturales, los que inciden positiva y negativamente en las necesidades y problemas de la comunidad", cada uno de estos factores esta conformado a su vez por un conjunto de características que aportan de forma integral bases para el posterior análisis. En cuanto el nivel de salud, se puede hablar de indicadores para

poder expresar el grado de salud de una persona o de la comunidad en un espacio y tiempo determinados, de esto se deriva la estructura de salud, donde se desagrega los elementos del nivel de salud y es cuando se puede hablar de mediciones especificas de los eventos a analizar[15].

FECUNDIDAD

Es quizás la variable demográfica más importante para estimar el crecimiento de la población de un territorio. Definida en su aspecto cuantitativo, la fecundidad estudia los fenómenos directamente relacionados con la procreación humana, considerada en el seno de una población o subpoblacion; relacionando los nacimientos de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años)[16]. En la conferencia internacional sobre población y desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, se reconoce "la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para los derechos humanos y el desarrollo"[17]. De esta ultima definición, es que se considera la fecundidad a partir de dos determinantes, los biológicos y los sociales; los primeros, expresados a partir de la herencia, la edad, el ciclo de ovulación, la lactancia, el impulso sexual, la esterilidad, la mortalidad intrauterina, entre otros y los segundos, a partir del nivel educativo, la ocupación, la posición entre la estructura socioeconómica, el estado conyugal de la mujeres como el más importante, la urbanización, la condición de emigración, entre otras[18].

Demográficamente, la tasa de fecundidad general es una medida calculada a partir del número total de nacidos vivos de mujeres de todas las edades de un periodo, sobre la población de mujeres en edad fértil, esta tasa permite crear una panorámica de cuantos nacimientos se presentan en un grupo de mujeres en edad reproductiva. A partir de esta tasa se pueden trabajar otras mas especificas como por grupos de edad, nivel educativo y estado civil, para medir el aporte de estas variables a la fecundidad general. La tasa general de fecundidad varia por razones de índole cultural, económica y política. En este último caso, es determinante la implementación, desde el gobierno, de planes de salud y educación tendientes a aumentar o disminuir los niveles de esta tasa. Como sucede con la mortalidad y la mortalidad infantil en los países pobres, la tasa general de fecundidad es mayor en las zonas rurales que en las urbanas (hasta un 50% más), debido fundamentalmente a las pautas culturales, aunque esta diferencia disminuye a medida que se elevan los niveles de educación[19].

La regulación de la fecundidad debe entenderse como un derecho humano, donde el acceso a la información, a la planificación familiar y a otros servicios esenciales

de salud reproductiva, suelen traducirse en rapidísimas mejoras de la salud y el bienestar, contribuyendo de esta manera a detener el rápido crecimiento demográfico que impide el desarrollo económico y dificulta el mejoramiento de la educación, la salud y la calidad ambiental[20].

En Colombia, el certificado de nacido vivo es uno de los ejes del subsistema estadísticas vitales, es el instrumento que permite unificar la información del hecho vital del nacimiento en todo el país, la información obtenida siendo una vez procesada, permite conocer todas las características y circunstancias en que ocurren los nacimientos[21].

MORBILIDAD

Bajo este término, se estudia cualquier ausencia subjetiva u objetiva del estado de bienestar psicológico o fisiológico; en este sentido, el estado de salud puede ser percibido y no generar demanda de atención médica (morbilidad percibida). La morbilidad no sentida que no produce percepción de enfermedad, solo se puede conocer a partir de métodos diagnostico precoz; la morbilidad, se puede concebir como el numero proporcional de individuos en una población que padece una enfermedad en particular en un determinado periodo de tiempo, puede depender de la densidad de los habitantes en el territorio, también puede ser debida a la incapacidad de los individuos para adaptarse al medio en el que están expuestos y al uso o atención de los servicios de salud[22].

La morbilidad se puede medir en términos de personas enfermas o episodios de enfermedad, en cualquiera de estos dos casos puede estimarse la duración del fenómeno. Cuando se miden deben tomarse varios factores propios de la morbilidad que no se encuentran en la mortalidad. Así, una enfermedad puede ocurrir varias veces en la misma persona, durar horas o años, ser muy severa, moderada o leve e influir en mucho o nada la cotidianidad del ser humano[23].

Ciertas enfermedades contagiosas merecen atención especial ya que pueden propagarse rápidamente, presentando mayor morbilidad a altas densidades de población debido a que la cercanía de los individuos aumenta la probabilidad de contagio; y cuando se extienden mucho constituyen epidemias, cuyo estudio es realizado por las estadísticas epidemiológicas[23].

MORTALIDAD

Se emplea el término de mortalidad para expresar la acción de la muerte sobre la población. El nivel de mortalidad como la morbilidad de una población se relaciona con el grado de desarrollo económico y los aspectos sociales de la misma. Se consideran con especial atención las características del ambiente como componentes del desarrollo y de las condiciones de la vida[23].

La información sobre la mortalidad se presenta generalmente según la estructura de sexo y edad de la población, y también según su distribución por causas. El comportamiento de los indicadores de mortalidad refleja de alguna manera el modo de vivir, las costumbres, las relaciones familiares y sociales, son de gran ayuda porque señalan la magnitud y tendencia de los problemas de salud, los cuales están relacionados con las diferencias en los procesos estructurales y dinámicos, incluyéndose en estos el mejoramiento de prevención y control de las enfermedades. De esta manera, algunos de los indicadores más utilizados para medir la mortalidad de una población son las tasas estimadas de mortalidad, tasas de mortalidad según causas de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad fetal, mortalidad materna, entre otras[23].

En los últimos años y como fenómeno a nivel mundial, se ha observado la disminución de las tasas de mortalidad. En los países desarrollados, suelen presentarse características del comportamiento de macro indicadores relacionados con la población con tendencia a bajas tasas de mortalidad, alta esperanza de vida al nacer, estructura de edad vieja, entre otras. De otro lado, para el caso de los países en vía de desarrollo, ocurre en grandes proporciones todo lo contrario, esto posiblemente influenciado por fenómenos de violencia y condiciones de vida en estados precarios[23].

ESTADO NUTRICIONAL

La nutrición es el proceso a través del cual, un organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para su funcionamiento. Es uno de los procesos biológicos más importantes y determinantes para el óptimo funcionamiento del cuerpo humano que además está relacionado directamente con la salud[19].

En los países en desarrollo, la desnutrición representa uno de los principales problemas de salud, que contribuye a las muertes infantiles y al rezago en el crecimiento físico y en el desarrollo intelectual de niños y niñas. De forma indirecta, se mide la desnutrición a través de los efectos en el crecimiento,

comparando la talla con el peso, confrontando las normas de desarrollo aceptables para una determinada población[24].

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La epidemiologia estudia los fenómenos relacionados con la morbilidad de las poblaciones, describiéndola por medio de la medición de la magnitud de los eventos, distinguiendo dos dimensiones temporales en los que ellos se manifiestan: la primera como la frecuencia que exhiben en un determinado momento o prevalencia; la segunda, como la frecuencia con la cual se presentan en el tiempo o incidencia[25].

La vigilancia Epidemiológica es un proceso lógico y práctico de evaluación permanente sobre la situación de salud de un grupo humano, que permite utilizar la información para tomar decisiones de intervención a nivel individual y colectivo, con el fin de disminuir los riesgos de enfermar y morir. La cual tiene como finalidad la prevención y control de los problemas de salud[23].

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.

La aplicación de la vigilancia epidemiológica requiere de un trabajo multidisciplinario activo y permanente, en donde todos y cada uno de los integrantes del equipo aportan al proceso. La vigilancia epidemiológica puede aplicarse a cualquier evento en salud: un factor de riesgo o un efecto: enfermedad, discapacidad o muerte[26].

La vigilancia epidemiológica tiene un ámbito intersectorial en la medida en que la evaluación y control de los riesgos de enfermar y morir en la población requieren de acciones que comprometen a todos los sectores[25].

El proceso de vigilancia epidemiológica, se inicia en la percepción que la población tiene de sus problemas y se hace más eficaz en la medida en que la misma población participa en la evaluación y control de los mismos[25].

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los principales objetivos de la vigilancia epidemiológica son los siguientes: Explicar la dinámica del proceso salud – enfermedad en la población, Apoyar la

planificación y prestación de los servicios de salud, Intervenir de forma eficaz la presencia de los factores de riesgo y enfermedades, Evaluar la efectividad de los programas y servicios de salud y Determinar las necesidades de investigación en salud[25].

La vigilancia epidemiológica es una opción para reorientar el modelo curativo de atención en salud porque permite:

- Obtener una visión global del proceso salud-enfermedad
- Formular intervenciones en términos de prevención
- Lograr la correspondencia entre la prestación de los servicios de salud y las necesidades comunitarias
- Articular el que hacer de diferentes disciplinas y profesiones
- Integrar las organizaciones sociales en las gestiones de los servicios de salud
- Detectar los factores específicos que influyen positiva o negativamente sobre los riesgos de enfermar o morir[25].

RESPONSABLES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica, no es un procedimiento adicional sino inherente a todas las acciones que buscan la prevención y control de los problemas de salud, por lo tanto, todos y cada uno de los funcionarios de salud, en su quehacer diario, son participes del proceso ya sea generando información, analizándola para tomar decisiones o realizando intervenciones[25].

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD – DSS

El diagnóstico de salud es realmente un diagnóstico de aproximación a la realidad, es decir, de aproximación a la gran variedad de “determinantes” biológicos, sicológicos y sociales que se asocian para producir el proceso individual y colectivo de la salud, la enfermedad, la invalidez o la muerte, por ello es que insistimos en el enfoque clínico-epidemiológico y social para la solución de los problemas de salud del individuo, de la familia y de la comunidad.

Según Martínez y otros, el DSS es el proceso multidisciplinario e intersectorial

mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, acorde con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta.

IDENTIFICACIÓN DEL MUNICIPIO

CONTEXTO HISTÓRICO.

En 1759 fue fundado como resguardo indígena por el presbítero Juan Paulino Salazar y el gobernador del Chocó Francisco Martínez con el nombre de San Bartolomé de Murindó[27]. Inicialmente Murindó (Río del Árbol), fue habitado por los indios katios, su cacique, Murindó, quien tenía grandes riquezas y una hija muy bonita llamada Isidora. En el año 1835 el Alférez Abigail de Torres fundó a Murindó y en 1914 fue erigido municipio. En aquellos tiempos la gente vivía del comercio de tagua (fruta tropical), la pesca y la agricultura. Este primer poblado desapareció debido a la violencia generada por el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán en 1950, acontecimiento que terminó con el incendio del pueblo; sus habitantes, con el fin de salvaguardar sus vidas se refugiaron en el monte[28].

Este Municipio ubicado en el extremo occidental de la región de Urabá, es uno de los más apartados del departamento, con todas las dificultades que eso conlleva. Se reconoce ampliamente la gran riqueza natural y cultural representada en la comunión de las distintas etnias y en una riqueza en biodiversidad que hace parte del patrimonio natural, nacional y mundial.

Son los ríos y en especial el Atrato la principal fuente de mitos y realidades, siendo durante muchos años la principal la principal arteria comercial de las poblaciones. Hoy en día se puede llegar a Murindó por vía aérea, desde la ciudad de Medellín, ya que se encuentra con pista de aterrizaje, también por la del vecino Municipio de Vigía del Fuerte[29].

CONTEXTO FÍSICO

Murindó es un pequeño municipio que se encuentra ubicado en el departamento de Antioquia, en la subregión de Urabá[30], bañado por el río Atrato; y localizado en la región del Pacífico Colombiano, cuenta en la actualidad con 11 veredas, 2 resguardos indígenas subdivididos en 9 comunidades (Emberá-katío) y 7 barrios (cabecera municipal). El número de habitantes a 31 de diciembre de 2009 fue de 4.092, 1.535 indígenas y 2.557 resto de población sisbenizada.

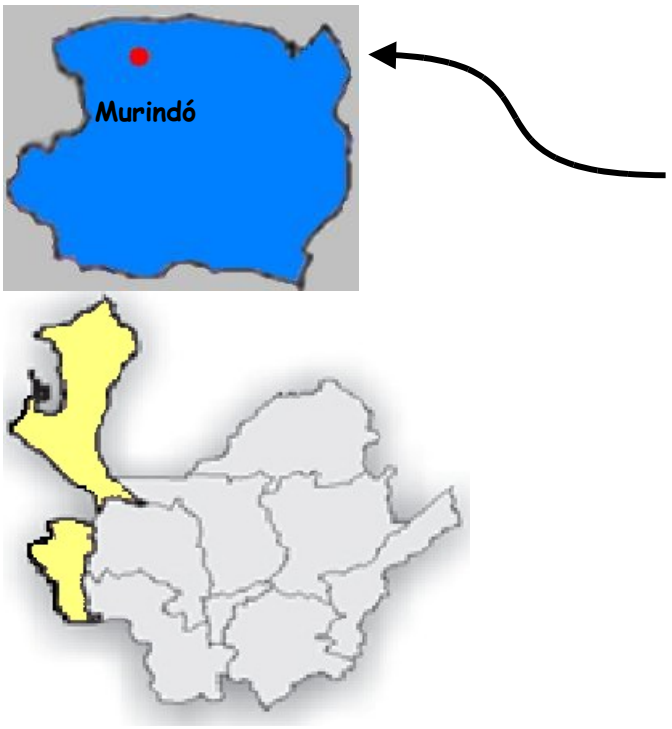
El municipio se encuentra a una distancia de la ciudad de Medellín de 178 Km, eexisten dos formas de llegar al municipio, una por vía aérea tomando la ruta Medellín, Urabá y Chocó (a 40 minutos aproximadamente) y otra fluvial que sería de Turbo a Quibdó.

Su cabecera municipal está a 25 metros sobre el nivel del mar, tiene una temperatura promedio de 28º C y sus coordenadas geográficas son: Latitud Norte 6º 59' 02". Longitud Oeste 76º 44' 55". Cuenta con una superficie total de 1349 Km^2, donde menos del 1,0% son del área urbana (8 km^2).

El municipio de Murindó limita:

- por el Norte con el municipio de Carmen del Darién
- por el Este con el municipio de Frontino y Dabeiba
- por el Sur con el municipio de Vigía del Fuerte
- por el Oeste con los municipios de Carmen del Darién y Vigía del Fuerte

Mapa


Murindó

CONTEXTO CULTURAL Y TURÍSTICO

La población murindoseña celebra por agosto la fiesta Patronal de San Bartolomé apóstol, una de las celebraciones más relevantes[31] de sus habitantes y en diciembre el día de los Matachines.

De otro lado cuenta con variedad de flora y fauna silvestre, además ofrece lugares para visitar como la ciénaga del Arrastradero, Quesada, los Platillo y la Tapada, ubicadas en los corregimientos[28].

CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL

El municipio obtuvo un índice de reconocimiento administrativo a nivel estatal, fue premiado entre los dos mejores municipios del departamento de Antioquia debido a su eficiente gestión administrativa, que se expresa en acciones locales como construcción de puentes en la zona urbana y rural, implementación de acueductos y alcantarillados en la zona rural y el mejoramiento de viviendas en la parte rural[30].

Tabla 1. Gabinete municipal de Murindó

Nombre	Cargo
Enrique Rojas Serna	Alcalde Municipal
Evangelista Quejada Durán	Secretario de General y de Gobierno
Jimy Garcia Serna	Secretario de Planeación y Obras Públicas
Wilmar Ocampo	Jefe de Control Interno
Nolberto Mosquera Cordoba	Director Local de Salud
Juan carlos Mena	Profesional Universitario Umata
Jose Angel Palacio	Conductor Fluvial
Javier Durán Ramos	Plantero Mecánico
Maria Eugenia Valencia	Auxiliar Administrativo Servicios Generales
Neftaly Torres Roman	Inspector de Policía
Juan Carlos Usuga Torres	Administrador Sisben
Rafael Mena	Coordinador de Deportes
Yoider Palacios	Tesorero Municipal
Analdo Torres Valencia	Almacenista Municipal
Teresa De Jesus Ibarra	Auxiliar Administrativo Tesorería
Emerson Blandon Martínez	Auxiliar Administrativo Archivo
No Hay A La Fecha	Auxiliar Administrativo Asuntos Indígenas
Asnoraldo Denis Sanchez	Auxiliar Umata
Edward Torres Diaz	Auxiliar Umata
Rosa Antonia Mosquera	Desarrollo Social
Sebastian Mena	Coordinador Casa de la Cultura

CONTEXTO AMBIENTAL

El medio ambiente del municipio de Murindó es propicio para la generación de diversas enfermedades, dado que no se observa una adecuada disposición de los desechos sólidos, los arrojados en sitios no adecuados para tal fin, como por ejemplo debajo de los puentes. Esta situación representa gran riesgo tanto para la salud humana como para el medio ambiente; por otra parte, en el municipio se presentan frecuentes inundaciones en el transcurso del año, que generan estancación de aguas, lo que favorece la proliferación de vectores transmisores de enfermedades[26].

RED DE SERVICIOS DE SALUD

El municipio de Murindó tiene convenios con la EPS Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud -EMDISALUD- y la Asociación indígena del Cauca -AIC-.

HOSPITAL.

El municipio de Murindó cuenta con un hospital de primer nivel "ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó", el cual cuenta con personal administrativo y asistencial que se describen en la tabla 2:

Tabla 2. Personal de Hospital San Bartolomé de Murindó

Personal	Cantidad	Costo anual por cada persona
Gerente de la E.S.E	1	$ 4'039.844
Subdirector administrativo	1	$ 1'900.901
Asistentes administrativos	2	$ 1`099.539
Conductor fluvial y mecánico	1	$ 929.021
Servicios generales	2	$ 497.500
Médico general	2	$ 3'870.883
Enfermera	1	$ 1'763.676
Auxiliares de enfermería	4	$ 1'189.065
Odontólogo	1	$ 2'440.172

Microbiólogo	1	$ 1’763.676
Auxiliar de farmacia	1	$ 1`019.811
Auxiliar de vacunación	1	$ 1’019.811
Subtotal	-	$ 30’569.016
Demás gastos	-	$
Total	-	$

Fuente: Datos suministrados por Gerencia y Administración.

La infraestructura del hospital es la siguiente: Edificio de material 60,0 % construido en concreto y 40,0% en madera, con instalación de agua parcialmente potable y electricidad. El predio tiene **900 mts²**, con una zona verde a sus alrededores. Funcionando los consultorios para el personal descrito en la tabla anterior.

Tabla 3. Disponibilidad de los servicios en el hospital

Servicios	Horario	Frecuencia	Observaciones
Consulta ambulatoria	8:00 a 6:00 p.m.	Lunes - sábado	
Consulta odontológica	8:00 a 6:00 p.m.	Lunes - sábado	
Laboratorio	8:00 a 11:00 a.m.	Lunes - sábado	
Urgencias	24 horas	Todos los días	Se atiende a la demanda

Fuente: Datos suministrados por Gerencia

Los programas de salud que actualmente se desarrollan se describen en la siguiente tabla:

Tabla 4. Programas ofrecidos por la ESE de Murindó

Programa	Frecuencia
Programa ampliado de inmunización (PAI)	Aplicación según esquema PAI
Planificación familiar	Todos los días
Materno- infantil	Todos los días
Nutrición	A libre demanda
Salud Buco-dental	A libre demanda

Control de enfermedades: TBC, dengue, malaria, etc.	Por programación

Fuente: Datos suministrados por Gerencia y Enfermera Jefe.

En el hospital se han agrupado los servicios de salud en tres grupos de atención*:* atención convencional, atención preventiva y de promoción y atención de urgencias. Los recursos de la institución se adquieren principalmente de la venta de servicios al Régimen Subsidiado, Contributivo y de Salud Pública.

MARCO LEGAL

En el año de 1991 a partir del mandato de la Constitución Nacional de 1991 se proclama que "**los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad"**, donde además haya cobertura total de la población.

Tal reestructuración del sector salud está contemplada en la ley 60[32] y la ley 100[33] de 1993, la primera contribuye con aportes para los niveles administrativos y la segunda construye un nuevo sistema de seguridad social, a través del cual se busca el mejoramiento en las condiciones de salud de los colombianos por medio de la equidad.

En el año 2002 la resolución 968 expedida por el Ministerio de la Protección Social[34], en la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al Plan de Atención Básica (PAB) y el inicio de su ejecución a nivel territorial, en el artículo dos contempla la presentación del PAB a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, en el que los alcaldes municipales y distritales deberán presentar a dicho consejo información relacionada con aspectos como: el diagnóstico de la Situación de Salud del municipio o distrito, los problemas de salud identificados y los resultados de la priorización de los problemas de salud de la localidad.

[31] Sistema Nacional de Información Cultural – SINIC- [internet]. [Consultado 2010 May 29]. Disponible en: http://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&SECID=8&IdDep=05&COLTEM=215.

[32] Colombia. Congreso de la República. Ley 60 de 1993, por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución

Política y se dictan otras disposiciones: El Congreso; 1993.

[33] Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones: El Congreso; 1993.

[34] Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 968 de 2002, por la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al Plan de Atención Básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial: El Ministerio; 2002.

SÍMBOLOS[28]

Escudo

Conformado por: una antorcha, un libro, un hacha y machete, unas montañas.

Antorcha: Significa compromiso y Lealtad.

El libro: Significa Conocimiento y sabiduría.

Hacha y machete: Trabajo.

Montañas: Significa las riquezas naturales de Murindó.

Bandera

Está compuesta por tres colores: Blanco, Amarillo y Verde

Blanco: Significa la pureza de sus tierras y la paz que tanto anhelamos
Amarillo: Significa la abundancia y riquezas en minerales de sus tierras.

Verde: Significa la riqueza natural y la biodiversidad de bosques que poseemos.

ASPECTOS ECONÓMICOS

La economía de Murindó está representada básicamente por tres sectores, el sector primario: agricultura y pesca artesanal, el secundario: extracción y uso de la madera en fabricación artesanal y en menor escala la producción pecuaria, por último, el sector terciario: la comercialización de los productos en el ámbito local y en municipios aledaños[28].

SERVICIOS PÚBLICOS

En Murindó se cuenta con el servicio de interconexión eléctrica las veinticuatro horas (24) y en sitios donde se cuenta con planta eléctrica tienen energía según horarios establecidos por la comunidad. También cuenta con servicios de telefonía fija y celular, y recolección de basuras que luego son destinadas a campo abierto. No cuenta con servicios de acueducto, alcantarillado[28].

EDUCACIÓN

Murindó cuenta con 19 establecimientos educativos, dos pertenecen al área urbana y 17 al área rural[35], de los cuales siete pertenecen a las comunidades indígenas[28].

En la actualidad se están haciendo esfuerzos por generar una educación que cuente con la media técnica e integre la educación virtual, ya que cuenta con salas de cómputo, además de propender por este medio cibernético el fomento de la investigación[28].

[35] Gobernación de Antioquia. Anuario estadístico de Antioquia, 2008. Capítulo 7: Educación. 2008; p. 3-120.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el diagnóstico de la situación de salud del municipio de Murindó durante el año 2009, mediante el estudio de algunos aspectos socio-demográficos, morbilidad, mortalidad, fecundidad, vigilancia nutricional y eventos de notificación obligatoria, con la finalidad de aportar elementos que permitan mejorar el impacto de las políticas públicas en las condiciones de vida y el estado de salud de la población murindoseña.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir algunas características socio-demográficas de la población murindoseña en el año 2009.

- Identificar las características de fecundidad y de nacidos vivos registrados en el municipio en el año 2009.

- Identificar la morbilidad atendida y registrada en los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) en el municipio en el año 2009, en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.

- Identificar las principales causas de la mortalidad registrada en el municipio en el año 2009.

- Describir los principales eventos de vigilancia de interés en Salud Pública, registrados en el municipio en el año 2009.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, el cual permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado; retrospectivo, debido a que la información analizada corresponde a datos del pasado; basado en fuentes secundarias como la base de datos del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios – SISBÉN-, registros individuales de prestación de servicios de salud – RIPS-, SIVIGILA y estadísticas vitales.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio fueron los registros de datos consignados en las bases de datos relacionadas a continuación, que sirvieron como fuentes secundarias de información, pertenecientes al municipio de Murindó y a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información utilizadas para la realización de dicha investigación es de tipo secundaria, dado que en la investigación se tuvo en cuenta diferentes bases de datos manejadas por la administración municipal y el Hospital del municipio de Murindó. Dichas fuentes fueron las siguientes:

3.1.1. SIVIGILA. Reporte semanal de los principales eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria que se presentaron en el municipio de Murindó del 3 de Enero de 2009 al 2 Enero de 2010, los cuales fueron notificados ante la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA).

3.1.2. RIPS. Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de los servicios de Consulta externa, urgencia y hospitalización del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2009, con el fin de determinar las principales causas de consulta externa, hospitalización y urgencias que se presentaron en el municipio.

3.1.3. ESTADÍSTICAS VITALES. Los certificados de defunción y de nacido vivo del 1 de Enero de 2009 al 31 de Diciembre de 2009, con el fin de determinar indicadores de natalidad y mortalidad de la población del municipio de Murindó.

3.1.4. SISBEN. La base de datos del Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios, se utilizó con el fin de generar las características socios demográficos y económicos de la población del municipio de Murindó.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1.5. SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS (SISBEN). Las variables analizadas de la Base de datos de SISBEN del municipio de Murindó del año 2009, fueron las siguientes:

- Nivel de identificación y antecedentes socio-demográficos: Zona de residencia, Sexo, Fecha de Nacimiento, Edad, Estado Civil, Discapacidad, Nivel Educativo y Actividad Económica-

- Condiciones de la vivienda: Amenazas de la vivienda, energía eléctrica, Alcantarillado, teléfono, recolección de basuras, acueducto, estrato, consumo de agua, servicio sanitario y tipo de vivienda.

3.1.6. ESTADÍSTICAS VITALES (NACIDOS VIVOS Y DEFUNCIONES). Las variables analizadas de la Base de datos de Estadísticas Vitales del municipio de Murindó del año 2009, fueron las siguientes:

- Nacidos Vivos: Sexo, Tipo de Régimen de la Madre, Edad de la Madre, zona de Residencia.

- Defunciones: Sexo, Tipo de Régimen del usuario, Edad, Zona de Residencia, Fecha de defunción, causa de muerte, causa de muerte asociada 1, causa de muerte asociada 2, Tipo de Defunción

3.1.7. REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS).

Las variables analizadas de la Base de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del municipio de Murindó del año 2009, fueron las siguientes: Sexo, Tipo de usuario, Fecha de Nacimiento, Edad, Zona de residencia, Fecha de consulta, finalidad de consulta, causa externa, código diagnostico principal (CIE 10), código diagnostico relacionado 1 (CIE-10), código diagnostico relacionado 2 (CIE-10), código diagnostico relacionado 3 (CIE-10), Tipo de diagnostico principal.

3.1.8. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SIVIGILA).

Las variables analizadas de la Base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del municipio de Murindó del año 2009, fueron las siguientes:

- Identificación: Sexo, evento a notificar, fecha de notificación, edad y estado civil.

- Aspectos Socioeconómicos: Área de procedencia, Barrio o localidad de procedencia, ocupación, Tipo de régimen y grupo poblacional.

- Notificación: Clasificación inicial del caso, Condición final y seguimiento y clasificación final del caso.

TABLA DE VARIABLES

SISBEN

Variable	Definición de la Variable	Naturaleza	Nivel de Medición	Valores y Codificación
Identificación y Antecedentes socio demográficos				
Zona de Residencia	Zona de Residencia del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Cabecera Municipal 2:Centro Poblado 3:Rural Disperso
Sexo	Sexo de la persona	Cualitativa	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del recién nacido	Cualitativa	Nominal	Valor
Edad	Edad en años	Cuantitativa	Continua	Valor

Estado civil	Estado civil de la persona	Cualitativa	Nominal	01:Unión Libre 02:Casado 03:Viudo 04: Separado o divorciado 05: Soltero
Discapacidad	Existencia de algún tipo de discapacidad en la persona	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Nivel Educativo	Nivel educativo que realizo la persona	Cualitativa	Nominal	0: Ninguno 1:Primaria 2:Secundaria 3:Técnica o tecnológica 4:Universidad 5:Postgrado
Actividad Económica	Actividad económica que realiza la persona durante el ultimo mes	Cualitativa	Nominal	0: Sin actividad 1: Trabajando 2: Buscando trabajo 3: Estudiando 4: Oficios del hogar 5: Rentista 6: Jubilado, pensionado 7: Invalido
Condiciones de las viviendas				
Amenazas de la vivienda	Amenazas que presentan las viviendas	Cualitativa	Nominal	0: Ninguno 1: Deslizamiento 2: Inundación 3: Avalancha 4: Otros
Energía Eléctrica	La vivienda cuenta con servicio de energía eléctrica	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Alcantarillado	La vivienda cuenta con servicio de alcantarillado	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Teléfono	La vivienda cuenta con servicio telefónico	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Recolección de basuras	La vivienda cuenta servicio de recolección de basuras	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Acueducto	La vivienda cuenta con servicio de acueducto	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No
Estrato	Estrato económico de la vivienda	Cualitativa	Nominal	Valor
Agua de consumo	Obtención del agua para el consumo	Cualitativa	Nominal	1: Fuera del lote de la vivienda 2: Dentro del lote pero fuera de la unidad de vivienda 3: Dentro de la unidad de vivienda

Servicio sanitario	Funcionamiento del servicio sanitario de la vivienda	Cualitativa	Nominal	0: No tiene 1: Letrina, bajamar 2: Inodoro sin conexión a alcantarillado ni a pozo séptico 3: Inodoro con conexión a pozo séptico 4: Inodoro con conexión a alcantarillado
Tipo de vivienda	Tipo de vivienda de la familia	Cualitativa	Nominal	1: Arriendo o subarriendo 2: Propia pagando 3: Propia pagada 4: Otra condición

Estadísticas Vitales (Nacidos vivos y defunciones)

Variable	Definición de la Variable	Naturaleza	Nivel de Medición	Valores y Codificación
Nacidos vivos				
Sexo	Sexo del Recién nacido	Cualitativa	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Tipo de Régimen del Usuario (madre)	Tipo de Régimen del usuario, madre	Cualitativa	Nominal	1:Contributivo 2:Subsidiado 3:Vinculado 4:Particular 5:Otro
Edad Madre	Edad en años de la madre	Cuantitativa	Continua	Valor
Zona de Residencia	Zona de Residencia de la madre	Cualitativa	Nominal	1:Cabecera Municipal 2:Centro Poblado 3:Rural Disperso
Defunciones				
Sexo	Sexo del usuario	Cualitativa	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Tipo de Régimen del Usuario	Tipo de Régimen del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Contributivo 2:Subsidiado 3:Vinculado 4:Particular 5:Otro
Edad	Edad en años del usuario	Cuantitativa	Continua	Valor
Zona de Residencia	Fecha de Defunción del Usuario	Cualitativa	Nominal	Valor
Fecha de Defunción	Zona de Residencia del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Cabecera Municipal 2:Centro Poblado 3:Rural Disperso
Causa de Muerte	Causa de Muerte del usuario	Cualitativa	Nominal	Valor

Causa de Muerte Asociada 1	Causa de Muerte asociada del usuario	Cualitativa	Nominal	Valor
Causa de Muerte Asociada 2	Causa de Muerte asociada del usuario	Cualitativa	Nominal	Valor
Tipo de Defunción	Tipo de Defunción del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Natural 2:Violenta 3:Sin Clasificar

RIPS

Variable	Definición de la Variable	Naturaleza	Nivel de Medición	Valores y Codificación
Sexo	Sexo del Usuario	Cualitativa	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
Tipo de Usuario	Tipo de Régimen del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Contributivo 2:Subsidiado 3:Vinculado 4:Particular 5:Otro
Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del usuario	Cualitativa	Nominal	Valor
Edad	Edad en años del usuario	Cuantitativa	Continua	Valor
Zona de Residencia	Zona de Residencia del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Cabecera Municipal 2:Centro Poblado 3:Rural Disperso
Fecha de Consulta	Fecha de consulta del usuario	Cualitativa	Nominal	Valor
Finalidad Consulta	Finalidad de la consulta	Cualitativa	Nominal	01:Atención del parto (puerperio) 02:Atención del recién nacido 03:Atención en planificación familiar 04:Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años 05:Detección de alteración del desarrollo joven 06:Detección de alteraciones del embarazo 07:Detección de alteraciones del adulto 08:Detección de alteraciones de agudeza visual 09:Detección de enfermedad profesional 10 :No aplica

Causa Externa	Causa externa de consulta	Cualitativa	Nominal	01:Accidente trabajo 02:Accidente tránsito 03:Accidente rábico 04:Accidente ofidico 05:otro tipo de accidente 06:Evento catastrófico 07:Lesión por agresión 08:Lesión auto infligida 09:Sospecha mal trato físico 10:Sospecha abuso sexual 11:Sospecha violencia sexual 12:Sospecha maltrato emocional 13:Enfermedad general 14:Enfermedad profesional 15:Otra
Código Diagnostico Principal (CIE 10)	Código Diagnostico Principal CIE 10	Cualitativa	Nominal	Valor
Código Diagnostico Relacionado 1 (CIE 10)	Código Diagnostico Relacional 1 CIE 10	Cualitativa	Nominal	Valor
Código Diagnostico Relacionado 2 (CIE 10)	Código Diagnostico Relacional 2 CIE 10	Cualitativa	Nominal	Valor
Código Diagnostico Relacionado 3 (CIE 10)	Código Diagnostico Relacional 3 CIE 10	Cualitativa	Nominal	Valor
Tipo Diagnostico Principal	Tipo de Diagnostico Principal	Cualitativa	Nominal	1:Impresión diagnóstica 2:Confirmado nuevo 3:Confirmado repetido

SIVIGILA

Variable	Definición de la Variable	Naturaleza	Nivel de Medición	Valores y Codificación
Identificación				
Sexo	Sexo del usuario	Cualitativa	Nominal	1 : Masculino 2: Femenino

Evento a Notificar	Nombre del evento que notifica el usuario	Cualitativa	Nominal	Valor
Fecha de Notificación	Fecha de Notificación del evento	Cualitativa	Nominal	Valor
Edad	Edad en años del usuario	Cuantitativa	Continua	Valor
Estado Civil	Estado civil del usuario	Cualitativa	Nominal	1: Soltero 2: Casado 3: Unión Libre 4: Separado 5: Divorciado 6: Viudo
Aspectos Socioeconómicos				
Área de Procedencia	Área de procedencia del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Cabecera Municipal 2:Centro Poblado 3:Rural Disperso
Barrio o localidad de procedencia	Barrio o localidad de procedencia del usuario	Cualitativa	Nominal	Valor
Ocupación	Ocupación del usuario	Cualitativa	Ordinal	Valor
Tipo de Régimen	Tipo de régimen en salud del usuario	Cualitativa	Nominal	1: Contributivo 2: Subsidiado 3: Excepción 4:Especial 5:No Afiliado
Grupo Poblacional	Grupo poblacional al cual pertenece el usuario	Cualitativa	Nominal	9:Desplazados 13:Migratorios 14:Carcelarios 5:Otros grupos poblacionales
Notificación				
Clasificación inicial del caso	Clasificación inicial del caso notificado	Cualitativa	Nominal	1:Sospechoso 2:Probable 3:Confirmado Laboratorio 4:Confirmado Clínica 5:Confirmación nexo epidemiológico
Condición Final	Condición final del usuario	Cualitativa	Nominal	1:Vivo 2:Muerto
Seguimiento y Clasificación Final del caso	Seguimiento y clasificación final del caso notificado	Cualitativa	Nominal	0:No Aplica 3:Confirmado Laboratorio 4:Confirmación Clínica 5:Confirmación nexo epidemiológico 6:Descartado 7:Otra actualización

PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los registros necesarios para el desarrollo de la investigación fueron extraídos de las diferentes bases de datos antes mencionadas existentes en el municipio durante el año 2009. Las personas que facilitaron la información fueron:

Funcionarios de la Alcaldía Municipal, Funcionarios de la Dirección Seccional, Funcionarios de la ESE, Coordinador SISBEN, Juan Carlos Úsuga, Leivis Gisella Chaverra, Luz Mary Maquilon, Hellen Hoyos.

Procedimientos realizados:

- Se consultó fuentes de datos: el primer paso fue revisar y conocer el estado actual de las diferentes bases de datos, la cual consta de los registros existentes desde el 1º de Enero al 31 de Diciembre de 2009.

- Se verificó el estado de la base de datos: con este procedimiento se buscó analizar el estado actual de la base de datos para descubrir las inconsistencias en la misma como los datos perdidos o espacios en blanco, datos incoherentes entre las variables, y datos extremos para las variables entre otros. Esta verificación se le hizo a las variables utilizadas en cada una de las bases de datos utilizadas para la investigación.

- Se depuró la base de datos: el objetivo de este procedimiento fue una calibración a las bases de datos de estadísticas vitales y SIVIGILA, para corregir las inconsistencias encontradas anteriormente.

- Se construyó una nueva base de datos con las variables de interés para el estudio, que permitieran el desarrollo de los objetivos propuestos.

PLAN DE ANÁLISIS

Para el almacenamiento y manipulación de esta información se utilizó Microsoft Access, Excel 2003-2007 y el programa estadístico SPSS® 17.0.

CONSTRUCCIÓN INDICADORES Y CANALES ENDÉMICOS

Con el objetivo de sintetizar la distribución de la población según sexo y grupo de edad se construyeron algunos indicadores socio demográficos que permiten tener un mejor conocimiento sobre la transición demográfica del municipio de Murindó durante el año 2009.

- Índice de Envejecimiento (IV). Indicador sintético del grado de envejecimiento de la población; se obtiene dividiendo el conjunto e la población anciana, a partir de los 65 años, entre el de os niños por debajo de cierta edad, generalmente los 15 años.

- Índice demográfico de dependencia (ID). Tiene relevancia económica y social. Con este indicador, las personas que supuestamente no son autóctonas por razones demográficos (la edad), es decir, los ancianos (mayores de 65 años) y los muy jóvenes (menores de 15 años), se relacionan con las personas que supuestamente deben sostenerlas con su actividad (población de 15 a 64 años).

- Índice de estructura de la población activa (IS). Es un indicador del grado de envejecimiento de este sector de la población. Puede obtenerse dividiendo la población entre los 40 y los 64 años (las 25 generaciones más viejas en activo) por la población desde los 15 a los 39 años (las 25 generaciones más jóvenes). Cuanto más bajo sea ese índice, más joven es la estructura de la población laboral.

- Índice de reemplazamiento de la población en edad activa (IR). Es el cociente formado por los que están a punto de salir de la edad activa (60 a 64 años) entre los que están a punto de entrar (15 a 19 años). Es un índice sujeto a fluctuaciones y por tanto muy variable.

- Índice de Friz (IF). Representa la proporción de población en el grupo de 0 a 19 años en relación a la de 30 a 49 años, que se toma como base 100. Si este índice es mayor a 160, la población es considerada joven, si se halla entre 60 y 160, madura, y si es menor de 60, vieja.

- Tasa bruta de natalidad. Indica el número de nacimientos presentados por cada mil habitantes. (Total nacimientos/población total)*1000
- Promedio de nacimientos por año. Indica el número de nacimientos presentados en promedio en un periodo de tiempo (sumatoria del total de nacimientos por año/número de años)

- Tasa bruta de mortalidad. Indica el número de defunciones presentadas por cada mil habitantes. (Total de defunciones / población total)*1000.

- Razón de Sexo. Indica la relación entre el número de hombres y el número de mujeres. (Población masculina / población femenina).

- Canal endémico. Es la expresión grafica de una frecuencia de casos de una enfermedad o daño durante un mínimo de 5 años o un máximo de 10 años, siendo lo ideal 7 años. Se delimita por la curva del índice endémico o

mediana (Q2) y Q1 y Q2, las que definen 4 zonas:

- ✓ Construir una tabla a partir del número de casos mensuales por año, ocurridos en los últimos 5 a 10 años.

- ✓ Ordenar los valores por meses sin tener en cuenta los años de menor a mayor por cada mes.

- ✓ Delimitar y marcar los cuarteles

- ✓ Construir un grafico de curvas con las cifras de los cuarteles delimitados

- ✓ Resultan 4 espacios: Zona de éxito, por debajo del primer cuartel (Q1); Zona de seguridad, entre el primer cuartil (Q1) y la mediana o segundo cuartil (Q2); Zona de alarma o alerta, entre el segundo cuartil (Q2) y el tercer cuartil (Q3); Zona epidémica, por encima del tercer cuartil (Q3).

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la Resolución Nº 8430 de 1993[36], por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de acuerdo al Artículo 11 la investigación realizada es una investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Principios y consideraciones éticas tenidas en cuenta en la investigación:

Anonimato Por parte de las personas que participaron en la investigación y aquellas que hicieron posible que esta se llevara a cabo dentro de los parámetros normales.

Confidencialidad Debido a que los resultados obtenidos de la investigación serán solo para uso investigativo y no personal además no se relacionaran las personas directamente en los resultados obtenidos, no se mencionaran con nombres propios y demás características que puedan identificar a los participantes.

Beneficencia, no maleficencia Este principio ético prevalece y debe soportar cualquier procedimiento que se programe llevar a cabo dentro de la investigación. El balance debe inclinarse siempre hacia los beneficios, y cualquier molestia o daño que se presente debe ser manejado.

Las bases de datos fueron utilizadas y manipuladas únicamente con fines investigativos y sociales de la UNIVERSIDAD CES, programas y políticas del municipio de Murindó., garantizando que los datos obtenidos conserven su estado original y no sufran alteraciones de ninguna índole. A su vez se garantiza que el software utilizado para el debido procesamiento de los datos conservara los mismos datos mediante altos grados de confiabilidad.

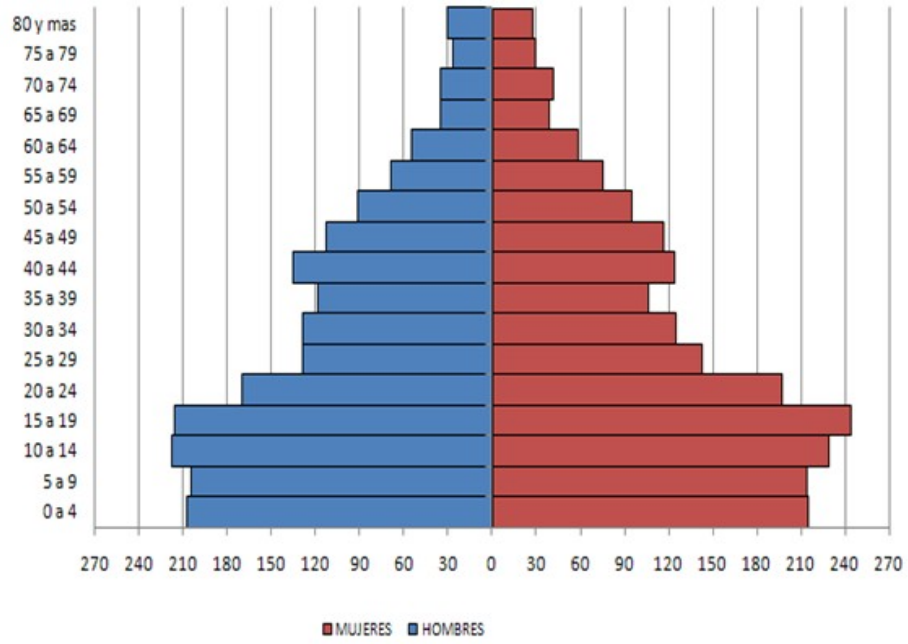
RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS Y ECONÓMICAS

La estructura de la población del municipio de Murindó es muy cercana a la estructura de la población del Departamento de Antioquia y de Colombia. Existe una primacía de población masculina en los grupos poblacionales más jóvenes (5 a 19 años) (Figura 1).

En el municipio de Murindó los grupos de mayor población son los intermedios, manteniendo un porcentaje de población entre los 5 y 19 años de edad superior al 30% y un porcentaje de la población mayor de 50 años menor al 15% durante el año 2009. (Tabla 5).

Figura 1. Población total según sexo y grupo de edad. Murindó, 2009



Fuente: SISBEN municipio de Murindó y registros población especial, 2009

Tabla 5. Población total por grupo de edad y sexo. Murindó, 2009.

GRUPO DE EDAD	SEXO				TOTAL		ACUMULADO
	FEMENINO		MASCULINO				
	n	%	n	%	n	%	
0 a 4	207	5.1	215	5.3	422	10.4	10.4
5 a 9	205	5.1	214	5.3	419	10.3	20.7
10 a 14	218	5.4	229	5.6	447	11.0	31.7
15 a 19	216	5.3	244	6.0	460	11.3	43.1
20 a 24	170	4.2	197	4.9	367	9.0	52.1
25 a 29	129	3.2	143	3.5	272	6.7	58.8
30 a 34	129	3.2	125	3.1	254	6.3	65.1
35 a 39	118	2.9	106	2.6	224	5.5	70.6
40 a 44	135	3.3	124	3.1	259	6.4	77.0
45 a 49	113	2.8	116	2.9	229	5.6	82.6
50 a 54	91	2.2	95	2.3	186	4.6	87.2
55 a 59	69	1.7	75	1.8	144	3.5	90.7
60 a 64	55	1.4	58	1.4	113	2.8	93.5
65 a 69	35	0.9	39	1.0	74	1.8	95.3
70 a 74	35	0.9	41	1.0	76	1.9	97.2
75 a 79	27	0.7	29	0.7	56	1.4	98.6
80 y mas	30	0.7	27	0.7	57	1.4	100.0
TOTAL	**1982**	**48.8**	**2077**	**51.2**	**4059**	**100.0**	

Fuente: SISBEN municipio de Murindó y registros población especial, 2009

En los registros de población especial del municipio de Murindó se encuentran 2 Resguardos Indígena subdivididas en 9 comunidades Indígenas: Coredo, Bachiduvi, Chagerado, Chibugado, Guagua, Turriquitado Alto, Turriquitado llano, Isla y Ñarangue, para un total de 1.502 personas.

4.1.1. INDICADORES SOCIO DEMOGRÁFICOS. Durante el año 2009 el municipio de Murindó presento una estructura poblacional joven, con un Índice de Friz de superior a 160, además, por cada 100 menores de 15 años en el municipio se encontraban 20.4 adultos mayores de 65 años (Índice de envejecimiento). En cuanto a la razón de masculinidad, en Murindó por cada mujer existe un hombre (1:1).

El índice demográfico de dependencia para el 2009 en el municipio fue de 75.11 personas dependientes por cada 100 personas en edad económicamente activa (15 a 64 años). Se encontró que el índice de estructura de la población activa para el 2009 fue del 59.04%, este indicador permite medir el grado de envejecimiento de la población económicamente activa, encontrándose el municipio de Murindó en una tendencia a una estructura laboral no tan joven, aunque esto no significa necesariamente que se tenga un alto grado de envejecimiento laboral. Durante el año 2009 por cada 100 personas de 15 a 19 años que están a punto de entrar a la

edad activa existían 24.57 personas de 60 a 64 años saliendo de la edad activa. (Tabla 6).

Tabla 6. Indicadores Socio demográficos y económicos del municipio de Murindó, 2009

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS	TOTAL
Índice de Friz	181,0
Índice demográfico de dependencia	75,11
Índice de estructura de la población activa	59,04
Índice de reemplazamiento de la población en edad activa	24,57
Índice de envejecimiento	20,42
Razón de masculinidad	1,05

Fuente: SISBEN municipio de Murindó y registros población especial, 2009

4.1.2. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD. Para el año 2009 más del 79,0 % de la población presento afiliación al régimen subsidiado de salud, seguido por la población afiliada al régimen contributivo. Con relación a la población pobre no asegurada, posiblemente existe un sesgo de información en dicha variable, debido a que un alto porcentaje de estas personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo de salud. (Figura 2). Es de resaltar que más del 80,0 % de la población se encuentra afiliada al sistema general de seguridad Social en Salud logrando una cobertura de afiliación cercana al objetivo de la cobertura universal en salud, como parte de los objetivos del milenio.

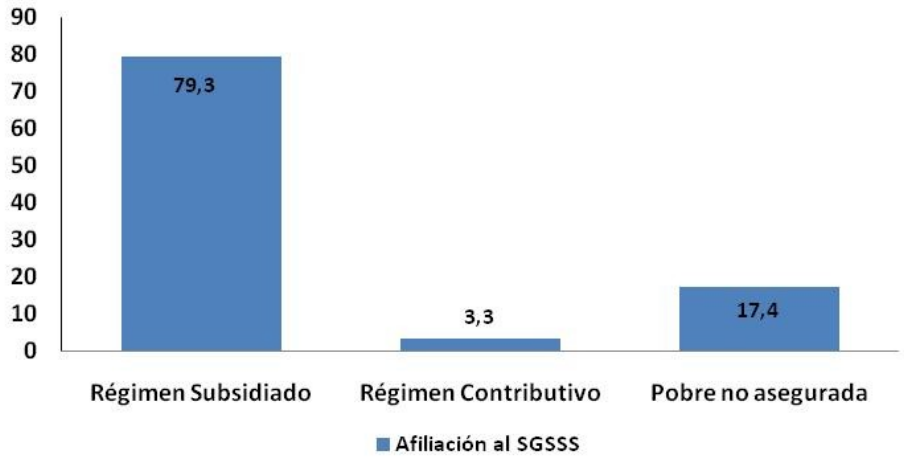


Figura 2. Proporción de Afiliación al SGSSS municipio de Murindó, 2009.

Fuente: Sistema de Aseguramiento del municipio de Murindó. 2009

4.1.3. ESTADO CIVIL. Con relación al estado civil de la población del municipio de Murindó, más del 61.6% de la población tanto urbana como rural son personas solteras, seguido por las personas que se encuentran en unión libre con el 27.6%. (Tabla 7)

En el municipio de Murindó solo el 2.2% de la población se encuentra casada, siendo predominante en el área urbana y en la población femenina. Con relación a la viudez de la población se observa que el 64% pertenece a población del área rural y 79.4% de personas en este estado civil son mujeres.

Tabla 7. Proporción de población por estado civil según sexo y zona de residencia. Murindó, 2009.

ESTADO CIVIL	SEXO				ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
	Hombre		Mujer		Rural		Urbana			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	837	53,1	738	46,9	909	57,7	666	42,3	1.575	61,6
Union Libre	350	49,5	357	50,5	430	60,8	277	39,2	707	27,6
Separado/divorciado	71	45,2	86	54,8	84	53,5	73	46,5	157	6,1
Viudo	13	20,6	50	79,4	34	54,0	29	46,0	63	2,5
Casado	25	45,5	30	54,5	26	47,3	29	52,7	55	2,2
TOTAL	1.296	-	1.261	-	1.483	-	1.074	-	2.557	-

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

4.1.4. NIVEL EDUCATIVO. La población masculina obtuvo un mayor acceso a la educación en los diferentes niveles en relación a las mujeres, siendo la básica primaria la primera con el 21.2%. El 42.7% de la población no ha tenido acceso a la educación, siendo mayor en la población de mayores de 7 años de edad, especialmente del área rural. (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución poblacional por nivel educativo según sexo y zona de residencia. Murindó, 2009.

NIVEL EDUCATIVO	SEXO				ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
	Masculino		Femenino		Urbana		Rural			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno (< 7 años)	183	7,2	203	7,9	143	5,6	243	9,5	386	15,1
Ninguno (? 7 años)	358	14,0	348	13,6	194	7,6	512	20,0	706	27,6
Primaria	542	21,2	505	19,7	402	15,7	645	25,2	1.047	40,9
Secundaria	193	7,5	187	7,3	302	11,8	78	3,1	380	14,9
Técnica/ tecnológica	6 9	0,2	2	0,1	8	0,3	0 4	0,0	8	0,3
Universidad	5	0,4	12	0,5	17	0,7	1	0,2	21	0,8
Postgrado		0,2	4	0,2	8	0,3		0,0	9	0,4
TOTAL	1.296	50,7	1.261	49,3	1.074	42,0	1.483	58,0	2.557	100,0

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

4.1.5. ESTADO Y SANEAMIENTO BÁSICO DE LAS VIVIENDAS. Entre las principales amenazas con las que se encuentran las viviendas del municipio de Murindó, se encontró que las inundaciones son la principal amenaza para las viviendas con el 75.7%, especialmente en el área urbana, seguido por otros tipos de amenazas (materiales de la vivienda, ubicaciones, grupos armados entre otras), siendo esta la mayor amenaza para las viviendas del área rural. (Tabla 9)

Tabla 9. Distribución de las amenazas en las viviendas según zona de residencia, Murindó, 2009.

AMENAZAS DE LAS VIVIENDAS	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
	Urbana		Rural			
	n	%	n	%	n	%
Inundación	1.011	39,5	925	36,2	1.936	75,7
Ninguno	62	2,4	389	15,2	451	17,6
Otros	1	0,0	164	6,4	165	6,5
Deslizamiento	-	0,0	5	0,2	5	0,2
TOTAL	1.074	42,0	1.483	58,0	2.557	100,0

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

En el municipio de Murindó, de las 2,557 viviendas existentes en el año 2009 (SISBEN), solo el 64.4% de las viviendas contaban con el servicio de energía eléctrica y el 8.6% con teléfono; con relación a los servicios de alcantarillado y acueducto para el año 2009 se encontró que solo el 0.2% y el 0.9% respectivamente contaban con dichos servicios. (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de los servicios públicos por zona de residencia, Murindó, 2009.

SERVICIOS PÚBLICOS	POSEEN	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
		Urbana		Rural			
		n	%	n	%	n	%
Energia	NO	28	2,6	882	59,5	910	35,6
	SI	1.046	97,4	601	40,5	1.647	64,4
Alcantarillado	NO	1.074	100,0	1.478	99,7	2.552	99,8
	SI	-	0,0	5	0,3	5	0,2
Teléfono	NO	853	79,4	1.483	100,0	2.336	91,4
	SI	221	20,6	-	0,0	221	8,6
Recolección de basuras	NO	1.026	95,5	1.483	100,0	2.509	98,1
	SI	48	4,5	-	0,0	48	1,9
Acueducto	NO	1.074	100,0	1.459	98,4	2.533	99,1
	SI	-	0,0	24	1,6	24	0,9

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

La distribución de los servicios sanitarios en las viviendas del municipio de Murindó durante el año 2009, denota un bajo porcentaje de viviendas que cuentan con este servicio de diferentes formas (32.7%), siendo la existencia de inodoros con conexión a pozo séptico la de mayor predominio en el municipio con el 31.4%, seguido por los inodoros sin conexión a alcantarillado ni a pozo séptico con el 0.9%. Es de resaltar que del 0.2% de las viviendas que cuentan con conexión a alcantarillado corresponden a viviendas del área rural (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución del tipo de servicio sanitario en la vivienda según zona de residencia. Murindó, 2009.

SERVICIO SANITARIO	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
	Urbana		Rural			
	n	%	n	%	n	%
Inodoro con conexión a pozo séptico	740	68,9	64	4,32	804	31,4
Inodoro sin conexión a alcantarillado ni a pozo séptico	22	2,0	2	0,1	24	0,9
Inodoro con conexión a alcantarillado	0	0,0	5	0,3	5	0,2
Letrina, bajamar	0	0,0	4	0,3	4	0,2
Subtotal	762	70,9	75	5,06	837	32,7
No Tiene	312	29,1	1.408	94,9	1.720	67,3
TOTAL	1.074	100,0	1.483	100,0	2.557	100,0

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

La principal forma de obtención de agua para el consumo humano en la población del municipio de Murindó es dentro del lote pero fuera de la unidad de vivienda, principalmente en el área urbana, seguido por la obtención de agua fuera del lote de la vivienda, esta forma de obtención de agua es más utilizada en el área rural. (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de las formas de obtención de agua en las viviendas según zona de residencia. Murindó, 2009.

OBTENCIÓN DEL AGUA	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
	Urbana		Rural			
	n	%	n	%	n	%
Dentro del lote pero fuera de la unidad de vivienda	998	92,9	1.235	83,3	2.233	87,3
Fuera del lote de la vivienda	74	6,9	234	15,8	308	12,0
Dentro de unidad de vivienda	2	0,2	14	0,9	16	0,6
TOTAL	1.074	100,0	1.483	100,0	2.557	100,0

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

Para el año 2009 en el municipio de Murindó, se evidencian dos tipos de estratos socioeconómicos cero (0) y Uno (1). De los el 1.2% de las viviendas se encontraba en el estrato socioeconómico Uno (1), especialmente en el área urbana (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución del estrato socioeconómico según zona de residencia. Murindó, 2009.

ESTRATO	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
	Urbana		Rural			
	n	%	n	%	n	%
Cero (0)	1.046	97,4	1.480	99,8	2.526	98,8
Uno (1)	28	2,6	3	0,2	31	1,2
TOTAL	1.074	100,0	1.483	100,0	2.557	100,0

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

En el municipio de Murindó durante el año 2009 el 64.6% de la población del municipio habitaba en viviendas propias pagadas completamente, seguido por las viviendas habitadas bajo otras condiciones con el 24.4%, solo el 9.5% habita en viviendas bajo arriendo o subarriendo. En el área rural la tenencia que mas predomina además de las viviendas propias pagadas son las viviendas cuya tenencia se debe a otras condiciones, tal es el caso de la construcción de viviendas en lugares apartados o en zonas de riesgo, lo que implica que los habitantes no tienen la obligación de pagar a cambio de estas, dichas viviendas son en su mayoría habitadas por personas que se encuentran en condiciones de desplazamiento o inmigración en el municipio. (Tabla 14)

Tabla 14. Distribución tenencia de la vivienda según zona de residencia. Murindó, 2009.

TENENCIA DE LAS VIVIENDAS	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
	Urbana		Rural			
	n	%	n	%	n	%
Propia pagada	618	57,5	1.035	69,8	1.653	64,6
Otra condición	217	20,2	407	27,4	624	24,4
Arriendo o subarriendo	217	20,2	27	1,8	244	9,5
Propia pagando	22	2,0	14	0,9	36	1,4
TOTAL	1.074	100,0	1.483	100,0	2.557	100,0

Fuente: SISBEN municipio de Murindó, 2009

4.2. NATALIDAD

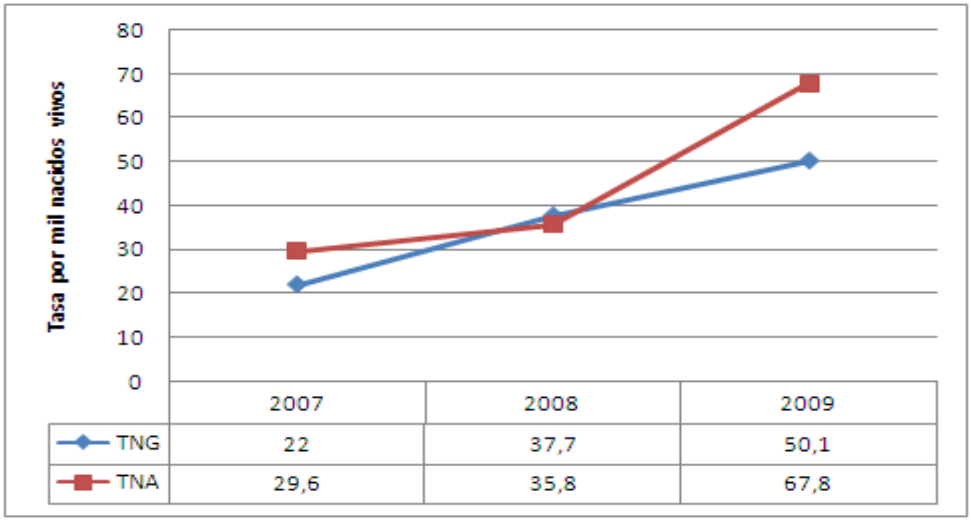
La natalidad es la frecuencia de los nacimientos en el seno de las poblaciones propiamente dichas, en un tiempo determinado. El promedio anual de nacidos vivos en el municipio de Murindó es de 44 nacidos vivos. Durante el año 2009 en el municipio de Murindó se reportaron según registros de los certificados de Nacidos vivos de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, un total de 52

nacimientos para una tasa de natalidad para el año 2009 de 50 nacidos vivos por cada mil habitantes y un promedio de edad en las madres de 18 años de edad.

La tasa de natalidad para el año 2009 incrementó con relación a los años 2007 y 2008, en el año 2007 la tasa de natalidad fue de 22 nacidos vivos por cada mil habitantes, y en el año 2008 fue de 37.7 nacidos vivos por cada mil habitantes. (Figura 3).

El promedio anual de nacidos vivos en adolescentes en el municipio de Murindó desde el año 2007 al 2009 es de 18.7 nacidos vivos. Del total de nacimientos presentados en el año 2009, el 48.3% (29 nacimientos) correspondieron a hijos de madres adolescentes, es decir, mujeres con edades entre los 10 y 19 años. (Figura 3)

Figura 3. Tasa de Natalidad Global y en Adolescentes (10 a 19 años) por mil habitantes. Murindó 2009



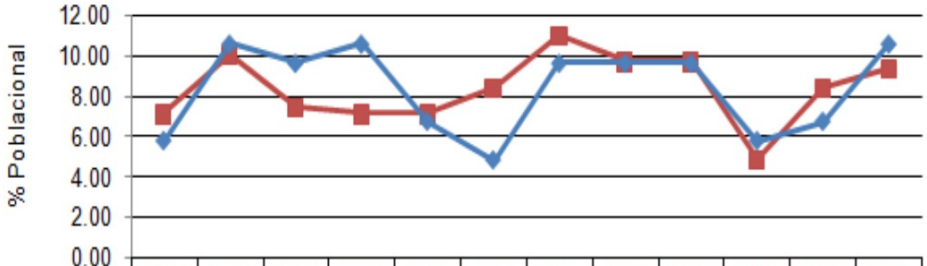
Promedio Anual TNG: 36.6 Promedio Anual TNA: 44.4

Fuente: Certificados de nacidos vivos. Murindó, 2009

Durante el año 2008 los meses de mayor proporción de nacimientos fueron Julio y Febrero con el 11,0% y 10% respectivamente del total de nacidos vivos del año, y el mes de octubre fue el de menor registro de nacimientos con tan solo el 4,8% del

total anual. Con relación a los meses del año 2008 en los que se presentaron mayor proporción de nacimientos en madres adolescentes fueron Febrero, Abril y Diciembre cada uno de estos periodos con el 10,6% del total de nacidos vivos en adolescentes durante el año. (Figura 4).

Figura 4. Distribución proporcional de nacimientos a nivel global y en adolescentes (10 a 19 años) por mes. Murindó, 2009



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
GLOBAL	7.10	10.00	7.42	7.10	7.10	8.39	10.97	9.68	9.68	4.84	8.39	9.35
ADOLESCENTES	5.77	10.58	9.62	10.58	6.73	4.81	9.62	9.62	9.62	5.77	6.73	10.58

Fuente: Certificados de nacidos vivos. Murindó, 2009

De los 52 nacimientos reportados durante el año 2009 en el municipio, el 60,32% se registraron en mujeres menores de 25 años de edad, de las cuales el 48.33% son mujeres de 10 a 19 años de edad (Adolescentes). El grupo edad que registró menor número de nacimientos fueron las mujeres de 40 a 44 años con solo el 1,94% del total de nacidos vivos del año. El 48,1% de los nacidos vivos durante el año 2008 pertenecen al sexo femenino y el 51,9% pertenecen al sexo masculino.

4.3. MORBILIDAD

La morbilidad es la expresión de la enfermedad que obliga a un individuo a demandar un servicio de salud. Es un indicador utilizado para medir el grado de incidencia de las políticas de desmarginalización y control de enfermedades del primer nivel. La morbilidad es un indicio de lo que ocurre con la salud de la comunidad.

Se hizo una depuración de los datos con el fin de obtener la morbilidad real de la población del municipio de Murindó y así implementar estrategias que impacten en la salud del municipio. Por lo tanto, es importante tener presente que el análisis que se hace a continuación arroja las 10 primeras causas de consulta por servicio (consulta externa, hospitalización y urgencias).

4.3.1. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA. En el municipio de Murindó se registraron un total de 4.542 consultas externas, la infección de vías respiratorias superiores ocupo el primer lugar en la serie analizada con el 8.5%. Dentro de las primeras causas de consulta externa puede resaltarse diagnósticos correspondientes al grupo de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99) según CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Al consolidar dicho agrupamiento de códigos, estos corresponden al 8.8% del total de consultas externas del año 2009, debido en gran parte a los programas de promoción y prevención de salud realizados en la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó (tabla 15).

Dado lo anterior los diagnósticos de morbilidad propiamente presentados en el servicio de consulta externa durante el año 2009 fueron la caries dental en el segundo lugar con el 6.8% y la parasitosis intestinal en el tercer lugar con el 4.9%. Es de resaltar que en el municipio de Murindó durante el año 2009 entre las primeras 10 causas de consulta se encuentran las relacionadas con enfermedades diarreicas agudas, con un total de 6.2% (tabla 15).

Tabla 15. Diez primeras causas de consulta externa según zona de residencia. Murindó, 2009

ORDEN	COD CIE 10	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
			Rural		Urbana			
			n	%	n	%	n	%
1	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	269	69,7	117	30,3	386	8,5
2	K021	CARIES DE LA DENTINA	202	65,4	107	34,6	309	6,8
3	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	192	85,7	32	14,3	224	4,9
4	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE	138	78,4	38	21,6	176	3,9
5	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	127	73,8	45	26,2	172	3,8
6	N760	VAGINITIS AGUDA	100	66,7	50	33,3	150	3,3
7	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	88	64,7	48	35,3	136	3,0
8	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	105	81,4	24	18,6	129	2,8
9	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	77	72,6	29	27,4	106	2,3
10	R51X	CEFALEA	63	66,3	32	33,7	95	2,1
		Subtotal	1361	72,3	522	27,7	1883	41,5
		Otras causas de consulta	1496	66,2	763	33,8	2259	49,7
		Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	313	78,3	87	21,8	400	8,8
		TOTAL	3.170	69,8	1.372	30,2	4.542	100

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

Tabla 16. Diez primeras causas de consulta externa relacionadas con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, según zona de residencia. Murindó, 2009

ORDEN	COD CIE 10	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
			Rural		Urbana			
			n	%	n	%	n	%
1	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	154	80,2	38	19,8	192	48,0
2	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	91	77,8	26	22,2	117	29,3
3	Z309	ASISTENCIA PARA LA ANTICONCEPCION, NO ESPECIFICADA	21	67,7	10	32,3	31	7,8
4	Z320	EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO	12	66,7	6	33,3	18	4,5
5	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	12	92,3	1	7,7	13	3,3
6	Z321	EMBARAZO CONFIRMADO	4	66,7	2	33,3	6	1,5
7	Z304	SUPERVISION DEL USO DE DROGAS ANTICONCEPTIVAS	4	100,0		0,0	4	1,0
8	Z039	OBSERVACION POR SOSPECHA DE ENFERMEDAD O AFECCION NO ESPECIFICADA	1	33,3	2	66,7	3	0,8
9	Z111	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUBERCULOSIS	3	100,0		0,0	3	0,8
10	Z381	PRODUCTO UNICO, NACIDO FUERA DE HOSPITAL	3	100,0		0,0	3	0,8

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

En el municipio de Murindó para el año 2009 se observo que la población femenina fue la que mas utilizo los servicios de consulta externa, especialmente los programas de promoción y prevención de la salud relacionados con la salud sexual y reproductiva. En relación a la población masculina se observo, que durante el año 2009 entre las principales causas de consulta externa se encuentran los problemas relacionados con infecciones en vías respiratorias superiores, parasitosis intestinal y diarrea y gastroenteritis. Además, es de resaltar en la población masculina, la poca asistencia a exámenes médicos y controles de crecimiento y desarrollo, los cuales corresponden a actividades de promoción y prevención de la salud. (Tabla 17).

Tabla 17. Diez primeras causas de consulta externa por sexo. Murindó, 2009

ORDEN	COD CIE 10	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	SEXO				TOTAL	
			Femenino		Masculino			
			n	%	n	%	n	%
1	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	190	6,7	196	11,4	386	8,5
2	K021	CARIES DE LA DENTINA	179	6,3	130	7,5	309	6,8
3	N760	VAGINITIS AGUDA	150	5,3	0	0,0	150	3,3
4	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	131	4,6	84	4,9	215	4,7
5	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	92	3,3	84	4,9	176	3,9
6	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	95	3,4	77	4,5	172	3,8
7	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	88	3,1	60	3,5	148	3,3
8	R51X	CEFALEA	77	2,7	53	3,1	130	2,9
9	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	78	2,8	0	0,0	78	1,7
10	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	76	2,7	0	0,0	76	1,7
11	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	0	0,0	49	2,8	49	1,1
12	H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	0	0,0	48	2,8	48	1,1
13	D509	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	0	0,0	46	2,7	46	1,0
		Subtotal	1.156	41,0	827	48,0	1.983	43,7
		Otras causas de consulta	1.309	46,4	850	49,3	2.159	47,5
		Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	354	12,6	46	2,7	400	8,8
		TOTAL	2.819	62,1	1.723	37,9	4.542	100,0

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

En cuanto a la distribución de las causas de consulta externa más frecuentes por grupo de edad, se observa que en la población de menores de 10 años la principal causa de consulta son las infecciones de las vías respiratorias superiores.

En la población de 10 a 14 años la principal causa de consulta es la parasitosis intestinal con el 8.1% de las consultas en este grupo, seguido por la varicela sin complicaciones y la fiebre recurrente. En la población mayor de 15 años de edad la causa más frecuente de consulta es la caries de dentina. La hipertensión esencial y los lumbagos no especificados incrementan su presencia en la población a medida que se incrementa el grupo de edad. (Tabla 18).

Tabla 18. Diez primeras causas de consulta por grupo de edad. Murindó, 2009.

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	n	%
< 1 año	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	20	22,2
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	7	7,8
	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	6	6,7
	L238	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A OTROS AGENTES	6	6,7
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	5	5,6

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	n	%
	B019	VARICELA SIN COMPLICACIONES	4	4,4
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3	3,3
	H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	3	3,3
	B356	TIÑA INGUINAL (TINEA CRURIS)	2	2,2
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	2	2,2
		Subtotal	58	64,4
		Otras causas de consulta	32	35,6
		Total consultas en el grupo	**90**	**2,0**
1 a 4	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	183	20,8
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	106	12,1
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	78	8,9
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	72	8,2
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	42	4,8
	H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	40	4,6
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	29	3,3
	L238	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO DEBIDA A OTROS AGENTES	20	2,3
	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	18	2,1
	E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	18	2,1
		Subtotal	606	69,0
		Otras causas de consulta	272	31,0
		Total consultas en el grupo	**878**	**19,3**
5 a 9	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	55	10,8
	K021	CARIES DE LA DENTINA	47	9,2
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	34	6,7
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	34	6,7
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	33	6,5
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	31	6,1
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	25	4,9
	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	22	4,3
	H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	14	2,7
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	14	2,7
		Subtotal	309	60,5
		Otras causas de consulta	202	39,5
		Total consultas en el grupo	**511**	**11,3**
10 a 14	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	26	8,1
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	23	7,2
	B019	VARICELA SIN COMPLICACIONES	15	4,7
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	14	4,4
	H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	12	3,7
	K021	CARIES DE LA DENTINA	12	3,7
	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	12	3,7

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	n	%
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	11	3,4
	R51X	CEFALEA	11	3,4
	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	10	3,1
		Subtotal	146	45,5
		Otras causas de consulta	175	54,5
		Total consultas en el grupo	**321**	**7,1**
15 a 19	K021	CARIES DE LA DENTINA	45	11,5
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	22	5,6
	N760	VAGINITIS AGUDA	19	4,9
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	16	4,1
	R51X	CEFALEA	14	3,6
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	11	2,8
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	9	2,3
	D509	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	9	2,3
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	9	2,3
	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	9	2,3
		Subtotal	163	41,8
		Otras causas de consulta	227	58,2
		Total consultas en el grupo	**390**	**8,6**
20 a 24	K021	CARIES DE LA DENTINA	50	11,7
	N760	VAGINITIS AGUDA	26	6,1
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	17	4,0
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	15	3,5
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	13	3,1
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	12	2,8
	D509	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	11	2,6
	R51X	CEFALEA	11	2,6
	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	10	2,3
	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	9	2,1
		Subtotal	174	40,8
		Otras causas de consulta	252	59,2
		Total consultas en el grupo	**426**	**9,4**
25 a 29	K021	CARIES DE LA DENTINA	38	10,5
	N760	VAGINITIS AGUDA	29	8,0
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	13	3,6
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	13	3,6
	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	12	3,3
	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	10	2,8
	R51X	CEFALEA	10	2,8
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	9	2,5
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	9	2,5

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	n	%
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	8	2,2
		Subtotal	151	41,6
		Otras causas de consulta	212	58,4
		Total consultas en el grupo	**363**	**8,0**
30 a 34	K021	CARIES DE LA DENTINA	32	9,3
	N760	VAGINITIS AGUDA	24	7,0
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	15	4,4
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	12	3,5
	J019	SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	11	3,2
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	11	3,2
	R51X	CEFALEA	10	2,9
	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	8	2,3
	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	7	2,0
	K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	7	2,0
		Subtotal	137	39,8
		Otras causas de consulta	207	60,2
		Total consultas en el grupo	**344**	**7,6**
35 a 39	K021	CARIES DE LA DENTINA	23	10,0
	N760	VAGINITIS AGUDA	15	6,5
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	8	3,5
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	7	3,0
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	7	3,0
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	7	3,0
	R51X	CEFALEA	7	3,0
	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	6	2,6
	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6	2,6
	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	6	2,6
		Subtotal	92	40,0
		Otras causas de consulta	138	60,0
		Total consultas en el grupo	**230**	**5,1**
40 a 44	K021	CARIES DE LA DENTINA	13	6,0
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	12	5,6
	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	11	5,1
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	10	4,6
	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	9	4,2
	M998	OTRAS LESIONES BIOMECANICAS	9	4,2
	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	8	3,7
	N760	VAGINITIS AGUDA	8	3,7
	D509	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	7	3,2
	R51X	CEFALEA	7	3,2
		Subtotal	94	43,5
		Otras causas de consulta	122	56,5

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	n	%
		Total consultas en el grupo	**216**	**4,8**
	K021	CARIES DE LA DENTINA	12	5,5
	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	12	5,5
	N760	VAGINITIS AGUDA	12	5,5
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	10	4,6
	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	7	3,2
45 a 49	M998	OTRAS LESIONES BIOMECANICAS	7	3,2
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	7	3,2
	R51X	CEFALEA	7	3,2
	R520	DOLOR AGUDO	7	3,2
	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	6	2,8
		Subtotal	87	40,1
		Otras causas de consulta	130	59,9
		Total consultas en el grupo	**217**	**4,8**
	K021	CARIES DE LA DENTINA	35	6,3
	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	34	6,1
	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	27	4,9
	I110	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	23	4,1
	K296	OTRAS GASTRITIS	22	4,0
> 50 años	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	20	3,6
	M998	OTRAS LESIONES BIOMECANICAS	18	3,2
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	17	3,1
	M255	DOLOR EN ARTICULACION	17	3,1
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	17	3,1
		Subtotal	230	41,4
		Otras causas de consulta	326	58,6
		Total consultas en el grupo	**556**	**12,2**
		TOTAL	**4.542**	**100,0**

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

4.3.2. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN. En el municipio de Murindó se registraron un total de 174 hospitalizaciones, las dos primeras causas de hospitalización fueron el parto único espontaneo con el 10.3% y la bronconeumonía no especificada con el 6.9%, la desnutrición y la diarrea y gastroenteritis son también unas de las causas de hospitalización más frecuentes en la población del municipio de Murindó con el 5.2% del total de hospitalizaciones respectivamente cada una.

Del total de hospitalizaciones presentadas en el municipio de Murindó durante el año 2009 el 80.5% corresponde a población del área rural y solo el 19.5% a población del área urbana. (Tabla 19).

Tabla 19. Diez primeras causas de hospitalización según zona de residencia. Murindó, 2009

ORDEN	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
			Rural		Urbana			
			n	%	n	%	n	%
1	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	16	88,9	2	11,1	18	10,3
2	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	10	83,3	2	16,7	12	6,9
3	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	9	100,0		0,0	9	5,2
4	E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	9	100,0		0,0	9	5,2
5	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	6	75,0	2	25,0	8	4,6
6	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	6	75,0	2	25,0	8	4,6
7	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	8	100,0		0,0	8	4,6
8	O200	AMENAZA DE ABORTO	4	66,7	2	33,3	6	3,4
9	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	4	80,0	1	20,0	5	2,9
10	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	5	100,0		0,0	5	2,9
		Subtotal	77	87,5	11	12,5	88	50,6
		Otras causas de Hospitalización	63	73,3	23	26,7	86	49,4
		TOTAL	140	80,5	34	19,5	174	100,0

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

Las principales causas de hospitalización en la población femenina fueron los partos únicos espontáneos, la desnutrición proteicocalórica moderada y la diarrea y gastroenteritis. En la población masculina la principal causa de hospitalización se debió a bronconeumonía no especificada con el 10.7%, los abscesos cutáneo, furúnculo y carbunco no especificado con el 8.9% de hospitalizaciones en los hombres. (Tabla 20).

Durante el año 2009 se observaron diagnósticos en el servicio de hospitalización relacionados con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99) según CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), los cuales no deben de estar registrados en este servicio, denotando de esta manera errores en la codificación de las causas de hospitalización.

Tabla 20. Diez primeras causas de hospitalización por sexo. Murindó, 2009.

ORDEN	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	SEXO				TOTAL	
			Femenino		Masculino			
			n	%	n	%	n	%
1	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	18	15,3	0	0,0	18	10,3
2	E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	7	5,9	2	3,6	9	5,2
3	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6	5,1	3	5,4	9	5,2
4	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	6	5,1	6	10,7	12	6,9
5	O200	AMENAZA DE ABORTO	6	5,1	0	0,0	6	3,4
6	O60X	PARTO PREMATURO	5	4,2	0	0,0	5	2,9
7	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	5	4,2	0	0,0	5	2,9
8	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	5	4,2	3	5,4	8	4,6
9	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	4	3,4		0,0	4	2,3
10	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	4	3,4	4	7,1	8	4,6
		Subtotal	66	55,9	18	32,1	84	48,3
		Otras causas de consulta	52	44,1	38	67,9	90,0	51,7
		TOTAL	118	67,8	56	32,2	174	100,0

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

En cuanto a la distribución de las causas de hospitalización más frecuentes por grupo de edad, se observa la principal causa de hospitalización en la población de menores de 10 años se debió a bronconeumonía no especificada y desnutrición.

En la población de 10 a 39 años la principal causa de hospitalización se debió a partos únicos espontáneos, seguido por abscesos cutáneos. La preeclampsia, las fiebres recurrentes y las enfermedades cardiacas congestivas fueron los principales motivos de hospitalización de la población de mayores de 40 años. (Tabla 21).

Tabla 21. Diez primeras causas de hospitalización por grupo de edad. Murindó, 2009

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	n	%
< 1 año	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	5	25
	J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	4	20
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	2	10
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	2	10
	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	2	10
	A049	INFECCION INTESTINAL BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	1	5

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	n	%
	D599	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA, SIN OTRA ESPECIFICACION	1	5
	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1	5
	P220	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	1	5
	P369	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	1	5
		Subtotal	20	100
		Otras causas de Hospitalización	0	0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**20**	11,49
1 a 4	E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	9	23,7
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	7	18,4
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	3	7,9
	J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	2	5,3
	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	2	5,3
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	2	5,3
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	2	5,3
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	1	2,6
	D538	OTRAS ANEMIAS NUTRICIONALES ESPECIFICADAS	1	2,6
	E441	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE	1	2,6
		Subtotal	30	78,9
		Otras causas de Hospitalización	8	21,1
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**38**	21,84
5 a 9	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	2	16,7
	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	2	16,7
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1	8,3
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	1	8,3
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	1	8,3
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	1	8,3
	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1	8,3
	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1	8,3

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	n	%
	T290	QUEMADURAS DE MULTIPLES REGIONES, GRADO NO ESPECIFICADO	1	8,3
	T300	QUEMADURA DE REGION DEL CUERPO Y GRADO NO ESPECIFICADOS	1	8,3
		Subtotal	12	100,0
		Otras causas de hospitalización	0	0,0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**12**	6,897
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	2	20
	O200	AMENAZA DE ABORTO	2	20
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1	10
	E441	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA LEVE	1	10
	J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1	10
	O369	ATENCION MATERNA POR PROBLEMAS FETALES NO ESPECIFICADOS	1	10
10 a 14	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	1	10
	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	1	10
		Subtotal	10	100
		Otras causas de Hospitalización	0	0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**10**	5,747
15 a 19	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	5	20
	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	3	12
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	2	8
	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	2	8
	G403	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS	1	4
	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1	4
	K140	GLOSITIS	1	4
	L028	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE OTROS SITIOS	1	4

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	n	%
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	1	4
	N839	ENFERMEDAD NO INFLAMATORIA OVARIO, TROMPA FALOPIO Y LIGAMENTO ANCHO, NO ESPECIFICADA	1	4
		Subtotal	18	72
		Otras causas de Hospitalización	7	28
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**25**	14,37
20 a 24	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	3	30
	I859	VARICES ESOFAGICAS SIN HEMORRAGIA	1	10
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	1	10
	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	1	10
	O140	PREECLAMPSIA MODERADA	1	10
	O60X	PARTO PREMATURO	1	10
	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	1	10
	Z321	EMBARAZO CONFIRMADO	1	10
		Subtotal	10	100
		Otras causas de Hospitalización	0	0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**10**	5,747
25 a 29	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	1	9
	J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1	9
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	1	9
	L039	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	1	9
	O140	PREECLAMPSIA MODERADA	1	9
	O200	AMENAZA DE ABORTO	1	9
	O470	FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LAS 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION	1	9
	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	1	9
	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	1	9
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1	9
		Subtotal	10	91
		Otras causas de Hospitalización	1	9
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**11**	6,322

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	n	%
30 a 34	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	5	31
	O200	AMENAZA DE ABORTO	2	13
	O60X	PARTO PREMATURO	2	13
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2	13
	G439	MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	1	6
	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1	6
	J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1	6
	O039	ABORTO ESPONTANEO, COMPLETO O NO ESPECIFICADO, SIN COMPLICACION	1	6
	O060	ABORTO NO ESPECIFICADO, INCOMPLETO, COMPLICADO INFECCION GENITAL Y PELVIANA	1	6
		Subtotal	16	100
		Otras causas de Hospitalización	0	0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**16**	9,195
35 a 39	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	2	25,0
	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	2	25,0
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	1	12,5
	O200	AMENAZA DE ABORTO	1	12,5
	O60X	PARTO PREMATURO	1	12,5
	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	1	12,5
		Subtotal	8	100,0
		Otras causas de Hospitalización	0	0,0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**8**	4,598
40 a 44	O149	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	1	20
	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	1	20
	T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	1	20
	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	1	20
	Y912	INTOXICACION ALCOHOLICA SEVERA	1	20
		Subtotal	5	100
		Otras causas de Hospitalización	0	0

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	n	%
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**5**	
45 a 49	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	1	25
	I110	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	1	25
	I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1	25
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1	25
		Subtotal	4	100
		Otras causas de Hospitalización	0	0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**4**	2,299
≥ 50 años	I110	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	2	13,3
	J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	2	13,3
	H400	SOSPECHA DE GLAUCOMA	1	6,7
	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1	6,7
	I209	ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA	1	6,7
	I64X	ACC VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPEC COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	1	6,7
	I959	HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA	1	6,7
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	1	6,7
	J150	NEUMONIA DEBIDA A KLEBSIELLA PNEUMONIAE	1	6,7
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1	6,7
		Subtotal	12	80,0
		Otras causas de Hospitalización	3	20,0
		Total Hospitalizaciones en el grupo	**15**	8,621
		TOTAL	**174**	

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

4.3.3. PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA A URGENCIAS. En el municipio de Murindó se registraron un total de 1.290 urgencias, de las cuales el 7.8% correspondieron a atenciones debido a otros dolores abdominales y los no especificados; seguido por la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 6.9%. Del total de consultas al servicio de urgencias presentadas en el municipio durante el año 2009 el 59.61% corresponde a población del área rural y el 40.39% a población del área urbana. (Tabla 22).

Durante el año 2009, en el servicio de urgencias se registrados diagnósticos

relacionados con síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00 – R99), los cuales son considerados estados morbosos mal definidos, por lo cual no deberían de estar registrados en dicho servicio.

Tabla 22. Diez primeras causas de consulta a urgencias según zona de residencia. Murindó, 2009.

ORDEN	COD CIE 10	CAUSA DE CONSULTA URGENCIA	ZONA DE RESIDENCIA				TOTAL	
			Urbana		Rural			
			n	%	n	%	n	%
1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	56	56,0	44	44,0	100	7,8
2	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	16	18,0	73	82,0	89	6,9
3	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	32	56,1	25	43,9	57	4,4
4	R51X	CEFALEA	29	55,8	23	44,2	52	4,0
5	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	24	60,0	16	40,0	40	3,1
6	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	8	21,6	29	78,4	37	2,9
7	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	13	36,1	23	63,9	36	2,8
8	O200	AMENAZA DE ABORTO	15	44,1	19	55,9	34	2,6
9	S911	HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	12	38,7	19	61,3	31	2,4
10	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	10	33,3	20	66,7	30	2,3
		Subtotal	215	42,5	291	57,5	506	39,2
		Otras causas de urgencias	306	39,0	478	61,0	784	60,8
		TOTAL	**521**	**40,4**	**769**	**59,6**	**1.290**	**100,0**

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

Las principales causas de consulta al servicio de urgencias en la población femenina fueron otros dolores abdominales y los no especificados con el 8.8%, seguido por la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 7.3%, seguidos en tercer y cuarto lugar por lo partos único espontáneos y las amenazas de aborto. En la población masculina la principal causa de consulta al servicio de urgencias se debió a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 6.3% y a las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, cada una con el 6.2%

respectivamente. (Tabla 23).

Tabla 23. Diez primeras causas de consulta a urgencias por sexo, Murindó, 2009.

ORDEN	COD CIE-10	CAUSA DE CONSULTA URGENCIA	SEXO				TOTAL	
			Femenino		Masculino			
			n	%	n	%	n	%
1	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	69	8,8	31	6,2	100	7,8
2	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	57	7,3	32	6,3	89	6,9
3	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	37	4,7	-	-	37	2,9
4	O200	AMENAZA DE ABORTO	34	4,3	-	-	34	2,6
5	R51X	CEFALEA	34	4,3	18	3,6	52	4,0
6	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	33	4,2			33	2,6
7	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	26	3,3	31	6,2	57	4,4
8	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	22	2,8	-	-	22	1,7
9	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	20	2,5	-	-	20	1,6
10	O60X	PARTO PREMATURO	20	2,5	-	-	20	1,6
		Subtotal	352	44,8	112	22,2	464	36,0
		Otras causas de urgencia	434	55,2	392	77,8	826	64,0
		TOTAL	786	100,0	504	100,0	1.290	100,0

Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

En cuanto a la distribución de las causas de consulta a urgencia más frecuentes por grupo de edad, se observa que el grupo de edad que reporto la mayor frecuencia de atenciones en el servicio de urgencias corresponde a los menores de 1 a 4 años con el 19%% del total de urgencias, siendo la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso el principal motivo de dichas urgencias con el 23.3% de las atenciones en dicho grupo de edad. Seguido se encuentra la población de mayores de 50 años, que reportaron el 13.7% del total de urgencias, debido a causas como la Hipertensión arterial, la gastritis y los lumbagos no especificados. En el grupo de edad de 20 a 24 años se registraron el 10.7% de urgencias, siendo los dolores abdominales, las hemorragias vaginales y otras gastritis las principales causas de atención. (Tabla 24).

Tabla 24. Primeras causas de consulta urgencias por grupo de edad. Murindó, 2009

GRUPO EDAD	COD CIE-10	CAUSA DE CONSULTA URGENCIA	n	%
< 1 año	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	8	17,4
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	8	17,4

	S531	LUXACION DEL CODO, NO ESPECIFICADA	5	10,9
	P073	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	4	8,7
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3	6,5
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	3	6,5
	H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	3	6,5
	J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	3	6,5
	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	3	6,5
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2	4,3
		Subtotal	42	91,3
		Otras causas de consulta urgencia	4	8,7
		Total consultas en el grupo	**46**	**3,6**
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	57	23,3
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	26	10,6
	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	23	9,4
	J180	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	16	6,5
	S531	LUXACION DEL CODO, NO ESPECIFICADA	10	4,1
1 a 4	S911	HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	10	4,1
	J450	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA	8	3,3
	S529	FRACTURA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	8	3,3
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	7	2,9
	J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	7	2,9
		Subtotal	172	70,2
		Otras causas de consulta urgencia	73	29,8
		Total consultas en el grupo	**245**	**19,0**
5 a 9	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	11	12,1
	S911	HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	10	11,0
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	7	7,7
	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	6	6,6
	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	6	6,6
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	4	4,4
	L039	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	4	4,4
	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	4	4,4
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3	3,3
	H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA	3	3,3
		Subtotal	58	63,7

		Otras causas de consulta urgencia	33	36,3
		Total consultas en el grupo	**91**	**7,1**
10 a 14	O200	AMENAZA DE ABORTO	9	10,6
	K296	OTRAS GASTRITIS	7	8,2
	O369	ATENCION MATERNA POR PROBLEMAS FETALES NO ESPECIFICADOS	5	5,9
	S911	HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	5	5,9
	S913	HERIDA DE OTRAS PARTES DEL PIE	5	5,9
	S017	HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA	4	4,7
	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3	3,5
	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	3	3,5
	G439	MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA	3	3,5
	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	3	3,5
		Subtotal	47	55,3
		Otras causas de consulta urgencia	38	44,7
		Total consultas en el grupo	**85**	**6,6**
15 a 19	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	10	9,8
	R51X	CEFALEA	10	9,8
	N946	DISMENORREA, NO ESPECIFICADA	9	8,8
	F410	TRASTORNO DE PANICO (ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA)	6	5,9
	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	6	5,9
	X209	CONTACTO TRAUMATICO CON SERPIENTES Y LAGARTOS VENENOSOS, EN LUGAR NO ESPECIFICADO	6	5,9
	K140	GLOSITIS	5	4,9
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	5	4,9
	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	4	3,9
	F59X	SINDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLOGICAS Y FACTOES FISICOS NO ESPECIFICADOS	3	2,9
		Subtotal	64	62,7
		Otras causas de consulta urgencia	38	37,3
		Total consultas en el grupo	**102**	**7,9**
20 a 24	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	17	12,3
	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	10	7,2
	K296	OTRAS GASTRITIS	9	6,5
	N946	DISMENORREA, NO ESPECIFICADA	9	6,5
	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	7	5,1
	O149	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	6	4,3

	O200	AMENAZA DE ABORTO	6	4,3
	R520	DOLOR AGUDO	6	4,3
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	5	3,6
	O429	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION	5	3,6
		Subtotal	80	58,0
		Otras causas de consulta urgencia	58	42,0
		Total consultas en el grupo	**138**	**10,7**
25 a 29	S913	HERIDA DE OTRAS PARTES DEL PIE	9	11,0
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	7	8,5
	O200	AMENAZA DE ABORTO	7	8,5
	S999	TRAUMATISMO DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO	7	8,5
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	5	6,1
	R51X	CEFALEA	5	6,1
	R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	4	4,9
	A689	FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA	3	3,7
	O140	PREECLAMPSIA MODERADA	3	3,7
	R520	DOLOR AGUDO	3	3,7
		Subtotal	53	64,6
		Otras causas de consulta urgencia	29	35,4
		Total consultas en el grupo	**82**	**6,4**
30 a 34	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	11	10,4
	O200	AMENAZA DE ABORTO	11	10,4
	O60X	PARTO PREMATURO	11	10,4
	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	10	9,4
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	8	7,5
	S097	TRAUMATISMOS MULTIPLES DE LA CABEZA	8	7,5
	B019	VARICELA SIN COMPLICACIONES	6	5,7
	J038	AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	5	4,7
	O639	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO, NO ESPECIFICADO	5	4,7
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	4	3,8
		Subtotal	79	74,5
		Otras causas de consulta urgencia	27	25,5
		Total consultas en el grupo	**106**	**8,2**
35 a 39	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	20	23,5
	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	12	14,1

	O60X	PARTO PREMATURO	7	8,2
	R51X	CEFALEA	6	7,1
	L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS	5	5,9
	X228	CONTACTO TRAUMATICO CON ESCORPION, EN OTRO LUGAR ESPECIFICADO	5	5,9
	B019	VARICELA SIN COMPLICACIONES	4	4,7
	K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	3	3,5
	L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO	3	3,5
	S519	HERIDA DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA	3	3,5
		Subtotal	68	80,0
		Otras causas de consulta urgencia	17	20,0
		Total consultas en el grupo	**85**	**6,6**
40 a 44	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	11	23,4
	R51X	CEFALEA	6	12,8
	O149	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	5	10,6
	S011	HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCULAR	4	8,5
	Z320	EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO	4	8,5
	K296	OTRAS GASTRITIS	2	4,3
	N23X	COLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	2	4,3
	T659	EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA	2	4,3
	Y912	INTOXICACION ALCOHOLICA SEVERA	2	4,3
	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1	2,1
		Subtotal	39	83,0
		Otras causas de consulta urgencia	8	17,0
		Total consultas en el grupo	**47**	**3,6**
45 a 49	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	13	15,1
	K296	OTRAS GASTRITIS	12	14,0
	R51X	CEFALEA	10	11,6
	J069	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	9	10,5
	G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	8	9,3
	J80X	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO	6	7,0
	S018	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	4	4,7
	H409	GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO	3	3,5
	H811	VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	3	3,5
	S807	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA PIERNA	3	3,5
		Subtotal	71	82,6
		Otras causas de consulta urgencia	15	17,4
		Total consultas en el grupo	**86**	**6,7**
≥ 50	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	27	15,3

	K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	14	7,9
	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	12	6,8
	J80X	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO	10	5,6
	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	10	5,6
	R51X	CEFALEA	10	5,6
	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	7	4,0
años	N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	7	4,0
	N939	HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	7	4,0
	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCION DE COMPLICACION	6	3,4
		Subtotal	110	62,1
		Otras causas de consulta urgencia	67	37,9
		Total consultas en el grupo	**177**	**13,7**
		TOTAL URGENCIAS	**1290**	**100,0**

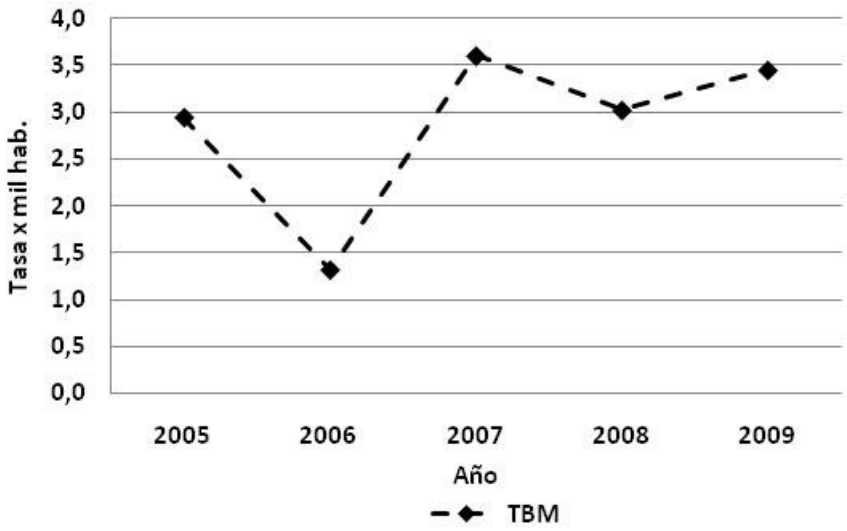
Fuente: Registros individuales de prestación de Servicios en Salud de la ESE Hospital de San Bartolomé de Murindó, 2009

4.4. MORTALIDAD

La muerte es el evento de más alto costo social y es un indicador fundamental de la situación de salud de la población. En los indicadores de mortalidad se reflejan factores como las condiciones de vida, nivel educativo, calidad de la prestación de los servicios de salud, desarrollo económico, entre otros, de una población especifica.

En el año 2009 en el municipio de Murindó se presentaron 14 muertes, presentándose un incremento en la mortalidad con relación al 2008 donde se reportaron un total de 12 defunciones, para una tasa de mortalidad en el 2008 de 3 muertes por cada 1000 habitantes, mientras para el año 2009 dicha tasa de mortalidad fue de 3.4 muertes por cada mil habitantes. (Figura 5) La tasa de mortalidad del municipio es mayor a la presentada a nivel de la región del Urabá antioqueño, la cual tiene una tasa de mortalidad de 2.8 muertes por cada mil habitantes.

Figura 5. Distribución proporcional de la Tasa Bruta de Mortalidad por mil habitantes. Murindó, 2005-2009.



Fuente: Certificados de defunción, Murindó, 2009

A continuación, se muestra la manera en que se distribuyeron las defunciones por grupos de edad y sexo; el grupo poblacional con mayor número de defunciones fueron las mujeres con el 64.3% de los casos, mientras en la población masculina el porcentaje de defunciones fue del 35.7%. El grupo de edad de menores de 1 año registraron el 50% de las defunciones, siendo el 85.7% población femenina, seguido de los grupos de edad de 65 a 69 años y los mayores de 85 años, cada uno con el 14.3% del total de defunciones. (Tabla 25)

Tabla 25. Mortalidad por grupo de edad y sexo. Murindó, 2009.

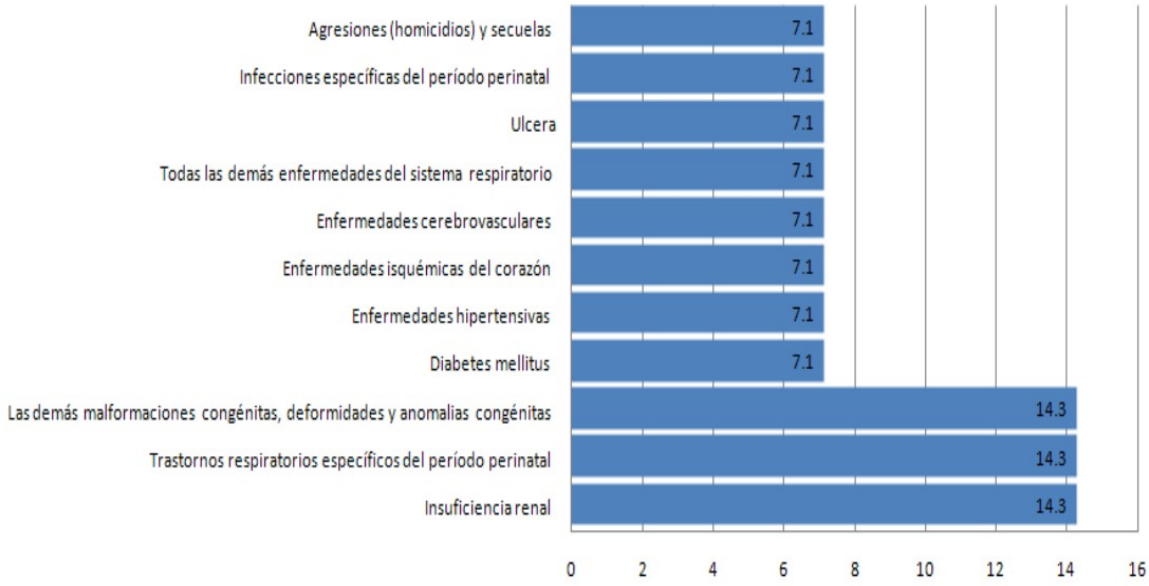
GRUPO EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	n	%	n	%	n	%
< 1 año	6	85,7	1	14,29	7	50,0
30 a 34	0	0,0	1	100,0	1	7,1
40a 44	0	0,0	1	100,0	1	7,1
65 a 69	1	50,0	1	50,0	2	14,3
80 a 84	0	0,0	1	100,0	1	7,1
85 y +	2	100,0	0	0,0	2	14,3
TOTAL	9	64,3	5	35,7	14	100,0

Fuente: Certificados de defunción, Murindó, 2009

Teniendo en cuenta las causas de la Lista Colombia 105 para la Tabulación de Mortalidad del DANE. En ella se aprecia que las primeras tres causas de muerte en el municipio fueron los Trastornos respiratorios específicos del período perinatal, las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías

congénitas, y la Insuficiencia renal, cada una con el 14.3% del total de defunciones. (Figura 6). En el municipio de Murindó solo se registro un caso de muerte por causas de agresión (homicidios) y secuelas, el cual corresponde a la población masculina de 30 a 34 años. (Tabla 26).

Figura 6. Distribución proporcional de las diez primeras causas de mortalidad según lista 105 DANE, Murindó, 2009



Fuente: Certificados de defunción, Murindó, 2009

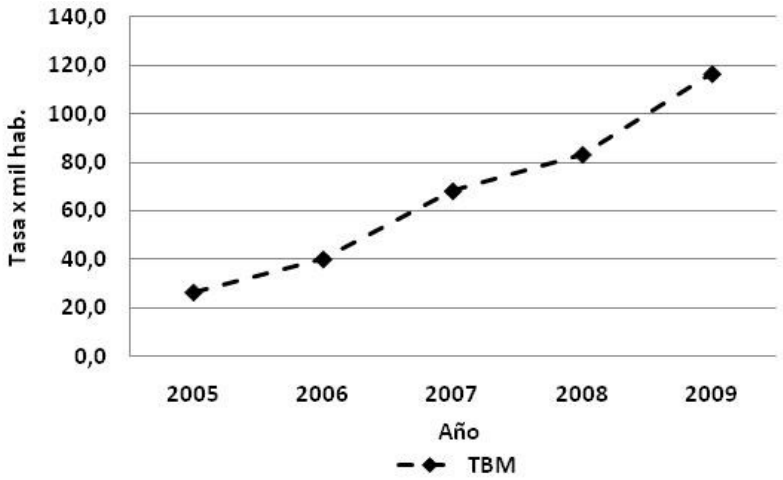
Tabla 26. Distribución proporcional de las causas de mortalidad según lista 105 DANE, por grupo de edad y sexo. Murindó, 2009

GRUPO EDAD	COD. CIE-10	DESCRIPCIÓN CAUSA MUERTE	GRUPO LISTA MORTALIDAD 105 DANE	SEXO				TOTAL	
				Femenino		Masculino			
				n	%	n	%	n	%
< 1 año	J989	Trastorno respiratorio, no especificado	Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	1	11,1		0,0	1	7,1
	N170	Insuficiencia renal aguda con necrosis tubular	Insuficiencia renal	1	11,1		0,0	1	7,1
	P240	Aspiracion neonatal de meconio	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal		0,0	1	11,1	1	7,1
	P248	Otros sindromes de aspiracion neonatal	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	1	11,1		0,0	1	7,1
	P369	Sepsis bacteriana del recien nacido, no especificada	Infecciones específicas del período perinatal	1	11,1		0,0	1	7,1
	Q042	Holoprosencefalia	Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalias congénitas	1	11,1		0,0	1	7,1
	Q059	Espina bifida, no especificada	Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalias congénitas	1	11,1		0,0	1	7,1
30 a 34	X959	Agresion con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en lugar no especificado	Agresiones (homicidios) y secuelas	-	0,0	1	11,1	1	7,1
40 a 44	E141	Diabetes mellitus, no especificada, con cetoacidosis	Diabetes mellitus	-	0,0	1	11,1	1	7,1
65 a 69	I679	Enfermedad cerebrovascular, no especificada	Enfermedades cerebrovasculares	1	11,1		0,0	1	7,1
	K250	Ulcera gastrica, aguda con hemorragia	Ulcera	-	0,0	1	11,1	1	7,1
80 a 84	N179	Insuficiencia renal aguda con necrosis tubular	Insuficiencia renal	-	0,0	1	11,1	1	7,1
85 y +	I110	Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)	Enfermedades hipertensivas	1	11,1		0,0	1	7,1
	I219	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	Enfermedades isquémicas del corazón	1	11,1		0,0	1	7,1
			TOTAL	9	64,3	5	35,7	14	100,0

Fuente: Certificados de defunción, Murindó, 2009

En el municipio de Murindó durante el año 2009 se registraron un total de 7 muertes en menores de 5 años de edad, de las cuales 3 corresponden a muertes perinatales (Figura 7). La tasa de mortalidad infantil durante los últimos cinco años ha ido incrementándose de manera constante, durante el año 2005 fue de 26.3 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras para el año 2009 esta cifra fue incrementada en un 500% con una tasa de mortalidad infantil de 116.7 muertes por cada mil nacidos vivos.

Figura 7. Distribución proporcional de la Tasa Mortalidad en menores de 5 años por mil nacidos vivos. Murindó, 2005-2009



Fuente: Certificados de defunción, Murindó, 2009

4.5. EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

A continuación se presentan los eventos de interés en salud pública que ocurrieron en el municipio de Murindó del año 2007 al 2009 y se registra la Tasa de incidencia por mil habitantes para cada uno de los eventos en dichos periodos. (Tabla 27)

Tabla 27. Distribución de los eventos de interés en salud publica reportados en el SIVIGILA. Murindó, 2007- 2009.

EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	2007			2008			2009		
	n	%	Tasa*	n	%	Tasa*	n	%	Tasa*
TBC Pulmonar	3	4,6	77,2	-	-	-	1	0,8	24,6
Dengue Clásico	1	1,5	25,7	1	2,6	25,2	-	-	-
Malaria Mixta	2	3,1	51,5	-	-	-	-	-	-
Malaria Vivax	29	44,6	746,1	19	50,0	478,2	16	12,2	394,2
Malaria Falciparum	21	32,3	540,3	4	10,5	100,7	1	0,8	24,6
Varicela	8	12,3	205,8	13	34,2	327,2	96	73,3	2365,1
Violencia Intrafamiliar	1	1,5	25,7	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis cutanea	-	-	-	1	2,6	35,1			
Hepatitis B	-	-	-	-	-	-	1	0,8	24,6
HIV - SIDA	-	-	-	-	-	-	1	0,8	24,6
Hepatitis A	-	-	-	-	-	-	1	0,8	24,6
Accidente ofidico	-	-	-	-	-	-	13	9,9	320,3
Accidente por mina antipersona	-	-	-	-	-	-	1	0,8	24,6
TOTAL	65	100,0		38	100,0		131	100,0	

Tasa* Tasa por mil habitantes

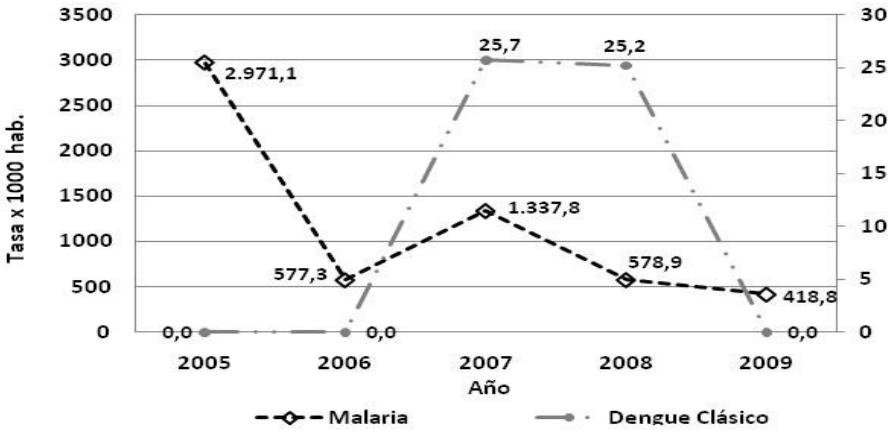
Fuente: Subsistema de información para la vigilancia de eventos de Interés en Salud Pública (SIVIGILA), Murindó, 2007-2009

En el año 2009 se presentó un incremento del 300% en el numero de eventos reportados con respecto al 2008; en total se registraron 131 eventos en el 2009 a través del SIVIGILA municipal, el 50,46% se presentaron en población del área urbana, del total de casos de la zona el 54.55% se presento en la población masculina y el 45.45% en la población femenina. El grupo de edad en el cual se reportaron el mayor numero de eventos fue la población de 5 a 9 años con el 16.36% del total de casos de la zona, seguido por el grupo de edad de 15 a 19 años con el 14.55% de los casos. La población que menos eventos de vigilancia reporto a lo largo del año 2009 fueron los grupos de edad de menores de un año y los de 40 a 44 años de edad, cada uno de estos grupos con el 3,64% de los casos.

En cuanto a los principales eventos reportados en el área rural del municipio, el 57,41% de los eventos se presentaron en la población femenina y el 42,59% en la población masculina. El grupo de edad en el que se reportaron el mayor número de casos corresponde a la población de mayores de 50 años con el 18,52% del total de casos de la zona, seguido por los grupos de edad de menores de un año con el 16,67% y los de 1 a 4 años de edad con el 14,81% de los casos.

En cuanto a las enfermedades trasmitidas por vectores (ETV), la malaria es el evento más frecuente con un total de 17 casos y ocupa, además, el segundo lugar en los eventos de vigilancia en salud pública a nivel municipal. La malaria presento un comportamiento muy por debajo de los promedios esperados en el 2009, lo cual la ubica en una zona de éxito con respecto a años anteriores. Con relación al Dengue Clásico, durante el año 2009 no se registraron casos en el municipio, pasando a una zona de éxito, en relación con los años anteriores en donde se habían reportado casos. Lo anterior se puede observar en la figura 8.

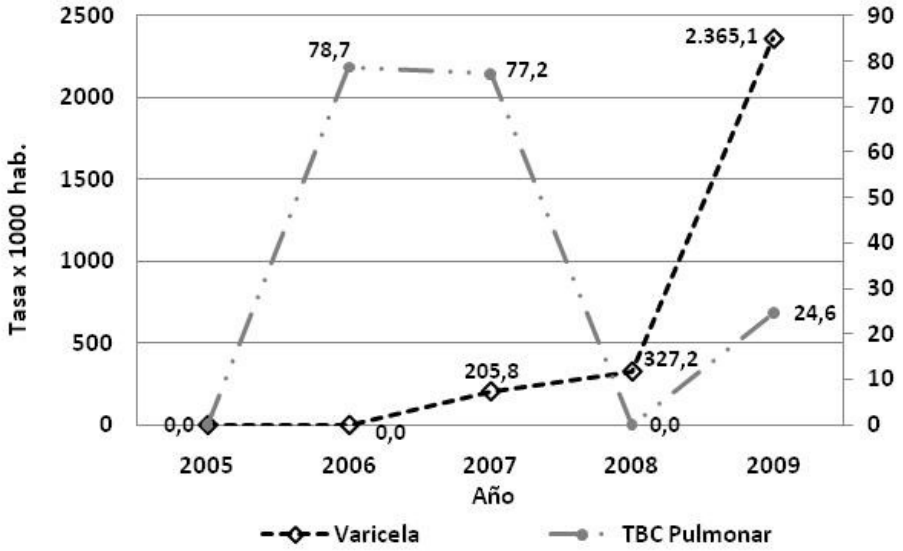
Figura 8. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de malaria y dengue clásico. Murindó 2005 – 2009.



Fuente: Subsistema de información para la vigilancia de eventos de Interés en Salud Pública (SIVIGILA), Murindó, 2005-2009

En el grupo de las enfermedades inmunoprevenibles, se reportaron 96 casos de varicela. De acuerdo a la tendencia (Figura 9), dicha patología se encuentra en zona epidémica, debido a que se paso de 13 casos en el 2008 a 96 en el año 2009. Es importante tener en cuenta que para dicho evento existe un gran subregistro de información debido a que la comunidad cuando se presenta dicha patología no consulta a la institución de salud, sino que suelen utilizar en su mayoría remedios caseros para el tratamiento. También dentro de este grupo, se presento un caso de TBC Pulmonar, evento que no se había registrado durante el año 2008, pero que en el último periodo se ha vuelto a presentar en la comunidad, por tal motivo, es necesario fortalecer la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y los exámenes de baciloscopia para el diagnostico oportuno de mas casos (Figura 9).

Figura 9. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de varicela y TBC pulmonar. Murindó 2005 – 2009.



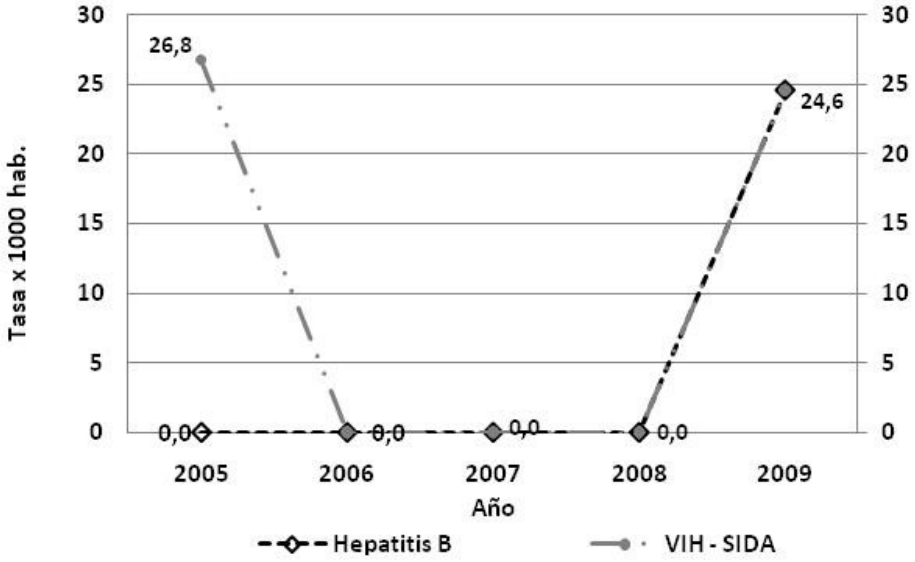
Fuente: Subsistema de información para la vigilancia de eventos de Interés en Salud Pública (SIVIGILA), Murindó, 2005-2009

Durante el año, se reportaron de igual manera un total de 13 casos de enfermedades relacionados con zoonosis, como lo son lo accidentes ofídicos, siendo algo inusual, debido a que no se tenían en el municipio reportes de dicho evento en la comunidad, en el año 2009 ocupa el tercer lugar en los eventos con mayor número de casos registrados en la comunidad con una tasa de incidencia de 320.3 casos por cada mil habitantes.

En el grupo de infecciones de transmisión sexual, durante el año 2009 se reportaron en el municipio de Murindó un caso de Hepatitis B y uno de VIH – SIDA. En relación al caso de hepatitis B es importante destacar que la tendencia de este evento se registraba en cero, pero en el 2009 la tasa aumento a 24.6 casos por cada mil habitantes (Figura 10), mientras el VIH – SIDA presenta una tendencia similar a la registrada en el año 2006. (Figura 10).

Figura 10. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de Hepatitis B y VIH- SIDA. Murindó

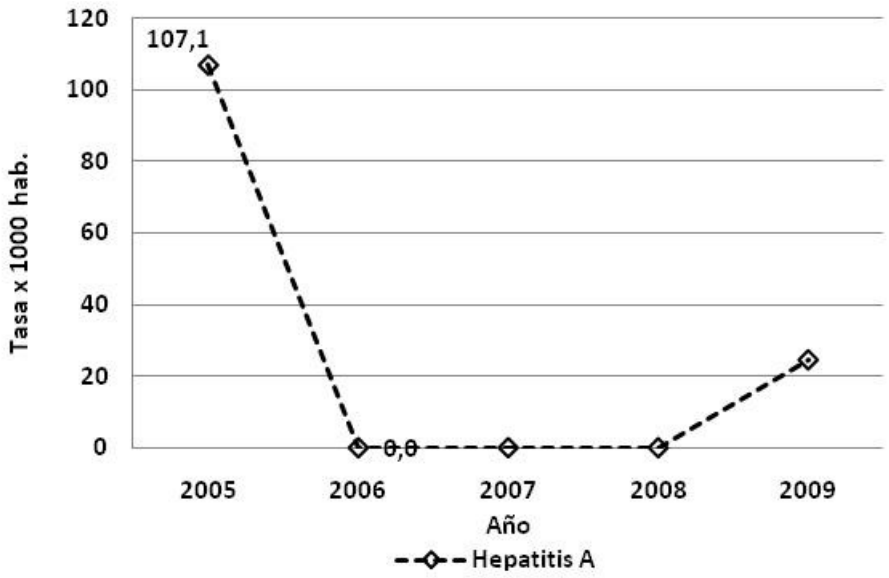
2005 – 2009.



Fuente: Subsistema de información para la vigilancia de eventos de Interés en Salud Pública (SIVIGILA), Murindó, 2005-2009

En el grupo de enfermedades entéricas, se registro un caso de hepatitis A, con una tasa de incidencia de 24.6 casos por cada mil habitantes, cifra muy por debajo de las presentadas en el año 2005, en donde se presento una epidemia en el municipio con una tasa de 107.1 casos por cada mil habitantes. Por lo anterior, es un evento que se mantiene estable en relación a las tendencias registradas, manteniéndose en una zona estable. (Figura 11).

Figura 11. Tendencia de la Tasa por 1000 habitantes de Hepatitis A. Murindó 2005– 2009.



Fuente: Subsistema de información para la vigilancia de eventos de Interés en Salud Pública (SIVIGILA), Murindó, 2005-2009

5. DISCUSIÓN

El municipio de Murindó tiene una composición poblacional bastante interesante por el hecho de poseer una cantidad considerable de población indígena (37,0 %), que hoy día conserva las costumbres de sus ancestros y tienen un contacto limitado con las demás personas y el uso de los servicios de salud. El municipio en más del 50,0 % está conformado por hombres.

De acuerdo a la pirámide poblacional de 2009, se observo que la población está evolucionando hacia una disminución en la fecundidad y la mortalidad, pues se observo que los grupos de mayor población son los intermedios. Este comportamiento poblacional puede deberse al número de muertes presentadas en los niños menores de seis años.

En cuanto al acceso a la educación, en el municipio de Murindó en el 2009, se observó que cerca del 30,0 % de las personas mayores de 6 años no han tenido formación educativa, lo que podría deberse a la falta de motivación por parte de las personas y muy posiblemente a la explotación laboral que se ejerce en las personas desde edades temprana. Situación parecida se encontró en un estudio realizado en el municipio de Murindó donde en el año 2008, 5.204 personas mayores de 6 años de edad, no tuvieron la posibilidad de acceder a los servicios de educación.

Tanto a nivel nacional como regional y local, el incremento de la maternidad adolescente se ha vuelto una problemática que preocupa e impacta a las familias, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto y, por tanto, constituye una preocupación de salud pública, que se considera una consecuencia derivada de las dificultades que hay en el acceso a la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la adecuada y oportuna información acerca de la sexualidad y el uso de los métodos anticonceptivos. Para el caso de Medellín, según cifras reportadas por la Secretaría de Salud de Medellín en el año 2002 se presentaron 7.021 embarazos adolescentes, representando cerca del 22,0 % de partos en la ciudad. En el municipio de Murindó se observa un acelerado incremento en el año 2008, casi del doble a lo presentado en el año inmediatamente anterior. Es importante y necesaria la intervención por parte del personal encargado de manejar esta área.

La mortalidad es uno de los indicadores que da cuenta del cambio en la estructura de la población. Alrededor del 33,0 % de las muertes presentadas en el municipio en el año 2009, se debieron a deformaciones y otros de tipo congénito, problemas respiratorios en el periodo perinatal y problemas de insuficiencia renal.

Comportamiento en las muertes un poco diferente a lo que se observa tanto en Colombia como en el departamento donde una de sus principales causas son los homicidios y enfermedades del corazón.

En el municipio de Murindó es muy común que se presenten problemas pulmonares, respiratorios y diarréicos, de los cuales una de las posibles causas es la deficiencia en la potabilización del agua de consumo humano, que hace la población muy susceptible para adquirir este tipo de enfermedades.

En el marco de lo establecido en la ley 100 de 1993, que establece el sistema general de seguridad social en salud para Colombia (SGSSS), la vigilancia epidemiológica es una herramienta útil que permite conocer el comportamiento de los diferentes eventos relacionados con el proceso salud-enfermedad, permitiendo acciones oportunas para el fomento de la salud y prevención de la enfermedad. De otro lado, la prevalencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual, el VIH y el SIDA, según el Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas, en su informe para América Latina, representa cada vez más un problema de salud de los y las adolescentes y jóvenes. La incidencia más alta de ITS, incluido el VIH/SIDA, se encuentra en el grupo 15 a 24 años. Es de alta preocupación que el 50% de las nuevas infecciones de VIH ocurren en este grupo de edad. En Murindó para el año 2009 se presenta un caso. Por lo que se sugiere la intervención oportuna del personal calificado en este tema.

CONCLUSIONES

- La población se ha incrementado durante los últimos años debido posiblemente al incremento de los embarazos especialmente en la población joven.. De acuerdo con el índice de Friz, la población se considera joven, y en proporción similar de sexo masculino y femenino.

- La mayoría de la población Murindoseña se encuentra afiliada al régimen subsidiado del sistema General de seguridad social (cerca del 80,0 %), presenta un índice demográfico de dependencia del 75,11 % y predomina el estrato socioeconómico cero tanto para el área rural como urbana.

- Es importante resaltar el amplio rango de edad que abarca la falta de acceso a la educación en la población mayor de 6 años, afectando principalmente a los jóvenes (menores de 25 años).

- En los dos últimos años se ha observado un incremento en mortalidad de la población Murindoseña, proporcionalmente mayor en mujeres que en hombres, siendo las de tipo congénitos, alrededor del periodo perinatal y de insuficiencia renal las principales causas de muertes (14,3 % para cada una).

- En Murindó las principales causas de consulta a urgencias para ambos sexos, son las referentes a dolores abdominales y no especificados seguidos de problemas diarreicos y gastroenteritis de origen infeccioso (cercanos al 15,0 %), siendo éstos últimos consultados por los infantes menores de cinco años. Entre los motivos de hospitalización la atención del parto y la bronconeumonía son los primeros.

- Las mujeres son las que más utilizan los servicios de consulta externa, especialmente los referentes a los programas de P y P, mientras que los hombres consultaron más por problemas respiratorios, intestinales y diarreicos.

- Es importante resaltar que el 48,3 % de los nacimientos ocurrieron en menores de 20 años. Reflejando una maternidad temprana, principalmente en los meses de febrero, abril y diciembre.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Castellanos, P. Epidemiología, Salud Pública: Situación de salud, consideraciones conceptuales. República Dominicana: OMS; 1995.

[2] Colombia. Ministerio de Salud. “La vigilancia en Salud Pública de Eventos Transmisibles y de Fuente Común”. Protocolos. Santa Fe de Bogotá, Junio de 2000 [internet]. [Consultado 2010 May 20]. Disponible en: http://www.dssa.gov.co/htm/protocolo.htm.

[4] Ortega J. Revisión de conceptos demográficos [internet]. [Consultado 2010 May 20]. Disponible en: http://www.eumed.net/cursecon/colaboraciones/index.htm.

[5] Chile. Instituto Nacional de Estadística (INE), Servicio de Registro Civil e Identificación, Anuario de Demografía 1998 [internet]. [Consultado 2010 May 12]. Disponible en: http://www.registrocivil.cl/.

[6] Población y recursos. Introducción al estudio de la población [internet]. [Consultado 2010 May 12]. Disponible en: http://www.liceus.com/cgi-bin/ac/pu/pobl2.asp.

[7] Palacios, D. Calidad de vida: una perspectiva individual [internet]. [Consultado 2010 May 12]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml.

[8] Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37 (S2): 74-105.

[9] Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos toca a todos. Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2003.

[10] Gómez M. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud; Determinantes de la salud. Nicaragua: OPS/OMS; 2005.

[11] Bueno E. Población y desarrollo: enfoques alternativos de los estudios de población. Zacatecas, México; 2003.

[12] Sen A. La salud en el desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2000; 16-21.

[13] Londoño A. Equidad y desarrollo palabras necesarias. Cuadernos para la Equidad. Medellín: Secretaria de Equidad de género; 2002.

[14] Lugones M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 287-89.

[15] Agudelo C. ¿Podemos comprender la problemática de Salud Publica? En: Franco S, editor. La Salud publica hoy: los enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias de la cátedra Manuel Ancizar I Semestre 2002. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2003. p. 421-33.

[16] Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2005.

[17] Colombia. Secretaria de Salud. Guía técnica de regulación de la fecundidad [internet]. [Consultado 2010 Ene 26]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/noticias/GUIA%2012%20%20REGULACION20DE20FECUNDIDAD.pdf.

[18] Leon A, Ocampo L, Spath D. Natalidad y fecundidad en Colombia, 2001. [Trabajo de grado Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Publica; 2005.

[19] Marulanda M, Zabala A. Condiciones de vida y estado de salud de la población de la zona 3 y del municipio de Envigado - Antioquia, 2005. [Trabajo de grado Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica; 2006.

[20] Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud

reproductiva [internet]. [Consultado 2010 Ene 26]. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/sp_97_33_1.s.html.

[21] Departamento Nacional de Estadística. Sistema de registro civil y estadísticas vitales de Colombia: nacimientos y defunciones. [Video]. Bogota: DANE; 1998.

[22] Rojas J, Ossa L. Caracterización de la morbilidad de 1999 al 2001 y la mortalidad de 1990 a 1999 en la población adulta de Medellín. [Trabajo de grado Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica; 2005.

[23] Rivas Ramírez G, Cardona López E, Palacio Flórez R, Echavarría Román H, Caro Vélez A, Holguín Villa H et al. Bases para dirigir nuestra salud: Diagnóstico de la situación de salud, Censo de Vacunación, municipio de Cartago, 2003. Medellín; 2003.

[24] Dieta Fitness. Que es la nutrición [internet]. [Consultado 2010 Ene 21]. Disponible en: http://www.dietafitness.com/que-es-la-nutricion.html.1.

[25] Gómez M. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud; Determinantes de la salud. Nicaragua: OPS/OMS; 2005.

[26] Dirección Seccional de Salud. Definición: Vigilancia Epidemiológica [internet]. [Consultado 2010 Ene 21]. Disponible en: http://www.dssa.gov.co/htm/protocolo.htm.

[27] Municipio del departamento de Antioquia. Murindó. Diccionario Geográfico de Colombia [internet]. [Consultado 2010 Jun 12]. Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/cgi-bin/wxis.exe/iah/.

[28] Rojas Serna E. Plan de Salud Territorial. Murindó; 2007. p. 1-75.

[29] Municipio de Murindó [internet]. [Consultado 2010 May 21]. Disponible en: http://www.murindo-antioquia.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=m1g1--&m=f.

[30] Armada Nacional de Colombia. Murindó, tesoro de Antioquia. Año 2004 [internet]. [Consultado 2010 May 29]. Disponible en: http://www.armada.mil.co/?idcategoria=57596.

[36] Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud: El Ministerio, 1993.