

## SITUACION DE SALUD

## 1. Aspectos demográficos.

De acuerdo a los resultados del censo de 2005, la población proyectada del departamento de Córdoba para el año 2008 es de 1.534.854 habitantes, con una distribución por zona de residencia de 783.708 (51.1%) en cabeceras y 751.146 (48.9%) en el resto del territorio, 761.315 (49.6%) son del sexo femenino y 773.539 (50.4%) son masculinos. Córdoba participa con el 3.5% de la población colombiana y 11 municipios (Canalete, Chimá, Cotorra, Momil, Moñitos, Los Córdobas, Puerto Escondido, San Andrés, San Bernardo, San Carlos y San Pelayo)

Cuadro N ° 1. Población, por municipio, área y sexo. Córdoba Año 2008

MUNICIPIO	POBLACION				
	TOTAL	MASC.	FEMEN	CABEC.	RESTO
MONTERIA	397.113	190.415	206.698	302.691	94.422
AYAPEL	44.857	23.707	21.150	22.269	22.588
BUENAVISTA	19.737	10.348	9.389	7.231	12.506
CANALETE	18.430	9.932	8.498	3.615	14.815
CERETE	86.133	42.464	43.669	48.818	37.315
CHIMA	14.031	7.425	6.606	2.918	11.113
CHINU	44.663	22.644	22.019	21.818	22.845
CIENAGA DE ORO	56.215	28.557	27.658	22.251	33.964
COTORRA	15.194	7.919	7.275	3.602	11.592
LA APARTADA	13.397	6.875	6.522	10.792	2.605
LORICA	112.546	56.836	55.710	47.304	65.242
LOS CORDOBAS	19.406	10.414	8.992	3.662	15.744
MOMIL	14.354	7.357	6.997	8.936	5.418
MONTELIBANO	78.161	39.245	38.916	53.443	24.718
MOÑITOS	24.646	13.077	11.569	5.788	18.858
PLANETA RICA	63.250	31.164	32.086	39.526	23.724
PUEBLO NUEVO	33.462	17.447	16.015	12.339	21.123
PTO. ESCONDIDO	23.711	12.340	11.371	3.899	19.812
PTO. LIBERTADOR	38.746	20.180	18.566	14.913	23.833
PURISIMA	14.772	7.536	7.236	6.210	8.562
SAHAGUN	88.224	44.686	43.538	46.857	41.367
SAN ANDRES	67.671	34.750	32.921	9.724	57.947
SAN ANTERO	27.561	14.392	13.169	15.260	12.301
SAN BERNARDO	32.305	16.776	15.529	8.459	23.846
SAN CARLOS	24.597	13.111	11.486	4.888	19.709
SAN PELAYO	40.449	21.058	19.391	7.311	33.138
TIERRALTA	84.506	44.045	40.461	35.923	48.583
VALENCIA	36.717	18.843	17.874	13.261	23.456
<b>TOTAL</b>	<b>1.534.854</b>	<b>773.539</b>	<b>761.315</b>	<b>783.708</b>	<b>751.146</b>

**Fuente:** DANE

De acuerdo a la distribución de la población por quinquenios, se observa que la mayor proporción de habitantes se encuentra en el grupo de 5 a 9 (12.98%) años, seguido por la población de 10 a 14 (12.95%), en menor proporción se encuentra personas mayores de 60 años (8.5%), no obstante, este grupo poblacional ha incrementado su participación en la estructura poblacional con el transcurso de los años.

El dato poblacional es utilizado en los procesos de planeación para programar las coberturas de atención de los diferentes planes de beneficios dirigidos a poblaciones específicas y como denominador para el cálculo de indicadores de evaluación de las acciones en salud pública.

**Cuadro 2.** Distribución de la población por grupos de edad. Año 2008

GRUPOS DE EDAD POR QUINQUENIO Y SEXO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
<b>MENOR 1</b>	35.517	17.030	18.487
<b>1-4</b>	157.328	75.439	81.889
<b>5-9</b>	199.252	95.541	103.711
<b>10-14</b>	198.811	95.330	103.482
<b>15-19</b>	169.169	81.116	88.053
<b>20-24</b>	146.762	70.372	76.390
<b>25-29</b>	123.814	59.369	64.445
<b>30-34</b>	106.072	50.861	55.211
<b>35-39</b>	90.478	43.384	47.094
<b>40-44</b>	73.253	35.125	38.128
<b>45-49</b>	56.057	26.879	29.178
<b>50-54</b>	46.858	22.469	24.390
<b>55-59</b>	34.360	16.476	17.885
<b>60-64</b>	33.317	15.976	17.342
<b>65-69</b>	21.368	10.246	11.122
<b>70-74</b>	18.627	8.932	9.695
<b>75-79</b>	10.564	5.065	5.498
<b>80-84</b>	7.600	3.644	3.956
<b>85 y mas</b>	5.647	2.708	2.939
<b>TOTAL</b>	<b>1.534.854</b>	<b>735.961</b>	<b>798.893</b>

**Fuente:** DANE proyección de población

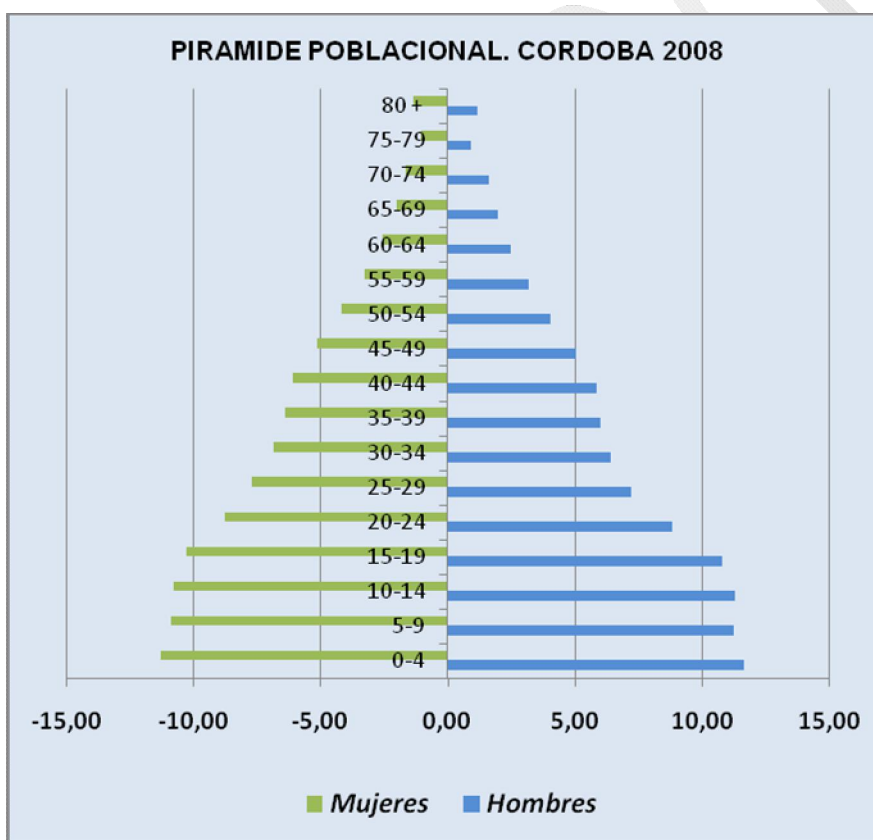
La tendencia de la composición de la población por grupo de edad entre censos (1964 y 2005) muestra un incremento importante de la proporción de personas mayores de 60 años (4.41% a 6.33%) y en la población de 20 a 44 años (6.81 a

8.95%), caso contrario se observa en la tendencia de la composición por edad en menores de 5 años.

**Cuadro 3.** Población según censos. Córdoba 1964,1973, 1985, 1993, 2005

Rangos de edad	1964	1973	1985	1993	2005
0-4	19.3	16.0	13.1	12.4	12.55
10-19	23.55	26.91	26.31	23.99	23.97
20-44	28.44	27.99	32.94	35.35	35.22
45-59	6.81	7.14	8.22	9.01	8.95
> 60 Años	4.41	4.55	5.5	6.34	6.33

Fuente: DANE proyección de población



Fuente proyección DANE 2005.

Los indicadores demográficos proyectados para el periodo 2005-2010 y basados en el censo DANE 2005 indican que para el periodo habrá un crecimiento anual de 18,55 por mil mujeres en edad fértil, la tasa de natalidad se estima en 24.25 por mil y la tasa de mortalidad en 5.70. La esperanza de vida en hombres es 5.8 años menor que en las mujeres, en hombres se estima en 70.7 años y en mujeres es de 76.5.

**Cuadro N° 4.** Indicadores demográficos. Córdoba 2005-2010

INDICADOR	PERIODO	
	2005 - 2010	Año 2008
Tasa de crecimiento exponencial (%)	1.5	1.5
Tasa de crecimiento natural (por mil)	18.55	18.55
Tasa de natalidad (por mil)	24.25	24.25
Tasa de mortalidad (por mil)	5.70	5.70
Número estimado de nacimientos	184.898	36.979
Número estimado de defunciones	43.483	8696
Tasa neta de reproducción por mujer	1.37	1.37
Tasa global de fecundidad por mil mujeres	2978.5	2978.5
Edad media de fecundidad	26.11	26.11
Esperanza de vida al nacer en hombres	70.7	70.7
Esperanza de vida al nacer en mujeres	76.5	76.5
Tasa de mortalidad infantil (por mil)	43.8	8.76

Fuente: DANE

## 2. Aspectos socioeconómicos

### 2.1 Nivel educativo

Mientras que en todo el país el analfabetismo ha disminuido, Córdoba sigue presentando índices de analfabetismo 2 veces mayor que el nacional y 8.4 veces mayor que el calculado para Bogotá, de igual forma los colegios de la capital sobresalen por su alta calidad en tanto que los de Córdoba se sitúan en el rango de baja calidad. (ENDS 2005)

Respecto al nivel educativo mas alto alcanzado por la población de 6 años y más en hombre y mujeres las diferencias observadas entre el departamento y el país en el país el 5.1% de la población se encuentra en el nivel preescolar, el 38.3% asiste a básica primaria, el 17.5% a básica secundaria, el 11.1% en media académica, el 25% en media técnica, el 7.2% en el nivel superior o postgrado y el resto (18%) no cursa estudios.

La tasa bruta de niñas que asisten a la escuela primaria en el departamento es de 88%, mientras que la tasa bruta de niñas que asisten a secundaria es de 95%; en el primer caso el departamento presenta tasas por debajo del promedio de la Costa (96%) y en el segundo la tasa está por encima del promedio de la Costa (89%), otro indicador que evidencia la baja escolaridad es el de MEF analfabetas en el que Córdoba alcanza el 8%, valor 2 puntos por encima del promedio regional y 5 por encima del promedio nacional. (ENDS 2005).

## 2.2 Necesidades Básicas Insatisfechas

El promedio departamental del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas total según censo DANE 2005 es de 59%, este índice es menor respecto al observado en el censo 2003 (65.88%), lo cual representa un leve avance en las condiciones de vida, en la zona rural el NBI según censo 2005 es de 76.1% y en zona urbana es de 42.8%. Córdoba sólo supera a los departamentos del Chocó, Sucre San Andrés, Guajira, Guainía, Vaupés y Vichada en mejores condiciones de vida según el indicador NBI.

**Cuadro N° 5.** Índice NBI por municipios

Nombre del Municipio	Personas con NBI Cabecera	Personas en NBI Resto,	Personas en NBI total
Montería	34.28	75.87	44.50
Ayapel	49.08	73.61	61.55
Buenavista	49.36	68.06	61.34
canalete	65.32	92.45	85.95
Cereté	36.74	67.69	50.35
Chima	60.84	63.53	62.98
Chinu	41.18	67.04	54.51
Ciénaga de Oro	50.54	73.31	64.42
Cotorra	71.34	59.45	62.01
La Apartada	52.13	58.59	53.43
Lorica	51.84	73.06	64.51
Los Córdoba	73.11	88.15	85.35
Momil	62.21	66.57	63.87
Montelibano	41.10	64.07	47.44
Moñito	54.04	86.52	78.78
Planeta Rica	43.69	82.60	58.38
Pueblo Nuevo	46.14	72.48	63.04
Puerto Escondido	58.43	89.53	84.60
Puerto Libertador	51.53	64.57	59.92
Purísima	53.66	78.59	68.04
Sahagún	41.43	67.09	53.74
San Andrés Sotavento	53.68	92.51	87.17
San Antero	61.71	71.98	66.30
Sn Bernardo /el Viento	46.86	79.70	71.15
San Carlos	50.97	70.23	66.49
San Pelayo	42.15	68.52	63.61
Tierralta	52.62	88.26	73.20
Valencia	57.84	86.41	76.12
<b>Departamento</b>	<b>42.80</b>	<b>76.10</b>	<b>59.00</b>

Los municipios de Canalete, Los Córdoba, Moñitos, Puerto Escondido, Purísima, Sahagún, San Andrés de Sotavento, San Antero, San Bernardo, San Carlos, Valencia y Tierralta presentaron índice NBI por encima del promedio departamental, es decir bajas condiciones de vida frente al resto de municipios. Por otra parte, el menor NBI lo presenta el municipio de Montería especialmente en la cabecera, seguido por Montelibano y Cereté. Ver cuadro 5

Con relación a la disponibilidad de servicios públicos esenciales a la población del departamento, la cobertura de energía es de 88.8% acueducto en 53.6%, el 29.7% tienen servicios de gas natural, el 24.2% tiene el servicios de teléfono y el servicio de menor cobertura es el de alcantarillado con en 22.5%.

El departamento Córdoba comparte con la Guajira los más altos índices de pobreza con el 59%, muy por encima del promedio nacional que alcanza el 27.6%. Este comportamiento va en contravía al crecimiento del PBI del departamento que en el periodo 1990 – 2004 se incremento en 4.8% frente al 2.8% promedio nacional. (DANE 2005)

En cuanto a la económica, el sector minero ha ganado terreno en la participación en la actividad económica del departamento y en el 2004 alcanzó la cifra del 16.1%. Caso contrario sucede con el sector agropecuario que en el mismo periodo (1999 – 2004) pasó de 35% a 27% como rama de participación en la economía del departamento.

### 13.2. Afiliación al SGSSS

Tomando como referente el total de la población identificada por SISBEN, las coberturas de afiliación en 2004 eran de 46.9% y en 2007 alcanzaron el 66.4%, resulta mas objetivo para efectos de calcular coberturas de afiliación la cobertura que se determina con población identificada por SISBEN. El resumen de la afiliación por régimen es el siguiente:

<b>Régimen Subsidiado</b>	<b>➔</b>	<b>826.675</b>
<b>Régimen Contributivo</b>	<b>➔</b>	<b>260.085</b>
<b>Población Vinculada</b>	<b>➔</b>	<b>345.939</b>
<b>Régimen Especial</b>	<b>➔</b>	<b>40.000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>➔</b>	<b>1.472.699</b>

**Cuadro N° 5. Índice NBI por municipios**

Nombre del Municipio	Personas con NBI Cabecera	Personas en NBI Resto,	Personas en NBI total
Montería	34.28	75.87	44.50
Ayapel	49.08	73.61	61.55
Buenavista	49.36	68.06	61.34
canalete	65.32	92.45	85.95
Cereté	36.74	67.69	50.35
Chima	60.84	63.53	62.98
Chinu	41.18	67.04	54.51
Ciénaga de Oro	50.54	73.31	64.42
Cotorra	71.34	59.45	62.01
La Apartada	52.13	58.59	53.43
Lorica	51.84	73.06	64.51
Los Córdoba	73.11	88.15	85.35
Momil	62.21	66.57	63.87
Montelibano	41.10	64.07	47.44
Moñito	54.04	86.52	78.78
Planeta Rica	43.69	82.60	58.38
Pueblo Nuevo	46.14	72.48	63.04
Puerto Escondido	58.43	89.53	84.60
Puerto Libertador	51.53	64.57	59.92
Purísima	53.66	78.59	68.04
Sahagún	41.43	67.09	53.74
San Andrés Sotavento	53.68	92.51	87.17
San Antero	61.71	71.98	66.30
Sn Bernardo /el Viento	46.86	79.70	71.15
San Carlos	50.97	70.23	66.49
San Pelayo	42.15	68.52	63.61
Tierralta	52.62	88.26	73.20
Valencia	57.84	86.41	76.12
<b>Departamento</b>	<b>42.80</b>	<b>76.10</b>	<b>59.00</b>

La afiliación al régimen subsidiado con corte a Octubre de 2007 se observa en el cuadro 6. La media departamental es de 66.4%, tomando como denominador la población identificadas por encuesta SISBEN. La Apartada y San Antero presentan coberturas de 100%; 10 municipios presentan coberturas por encima de 70% y los municipios de Cereté, Chimá, Ciénaga de Oro y Lorica presentan coberturas por debajo del 50%. Los municipios con coberturas por encima del 70% tienen una perspectiva importante en el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención a nivel individual tanto desde el punto de vista de la cobertura como de la calidad de las actividades que debe ofrecerse a los usuarios.

Caso contrario en los municipios con deficiencias en la cobertura de afiliación, en donde tiene un peso importante la atención en salud por las IPS públicas de la población no asegurada y la oferta de las acciones de promoción y prevención que deben ofrecerse a dicha población no está garantizada por la difícil situación financiera de la mayoría de las IPS de 1er nivel.

**Cuadro N° 6. Coberturas de afiliación al régimen subsidiado según NBI y SISBEN. Departamento y municipios año 2007.**

MUNICIPIO	POBLACIÓN NBI	POBLACION SISBEN ACTUALIZAD A POR EL DNP	AFILIADOS ACTUALES	POBLACION SIN AFILIAR	% DE COB.CON POB DANE NBI	% DE COB.CON POB SISBEN
MONTERIA	161.865.00	238.513.00	167.192.00	71.321.00	103.29	70.10
AYAPEL	41.108.00	40.674.00	36.355.00	4.319.00	88.44	89.38
BUENAVISTA	11.121.00	16.915.00	10.547.00	6.368.00	94.84	62.35
CANALETE	11.786.00	18.145.00	9.417.00	8.728.00	79.90	51.90
CERETE	45.702.00	82.461.00	36.222.00	46.239.00	79.26	43.93
CHIMA	8.143.00	13.986.00	6.964.00	7.022.00	85.52	49.79
CHINU	24.559.00	38.160.00	23.475.00	14.685.00	95.59	61.52
CIENAGA DE ORO	25.185.00	54.260.00	25.500.00	28.760.00	101.25	47.00
COTORRA	13.020.00	15.006.00	10.954.00	4.052.00	84.13	73.00
LA APARTADA	11.283.00	10.888.00	11.892.00	0.00	105.40	109.22
LORICA	83.758.00	92.042.00	60.885.00	31.157.00	72.69	66.15
LOS CORDOBAS	8.820.00	14.727.00	9.519.00	5.208.00	107.93	64.64
MOMIL	7.953.00	11.386.00	9.973.00	1.413.00	125.40	87.59
MONTELIBANO	30.863.00	64.881.00	43.857.00	21.024.00	142.10	67.60
MONITOS	18.290.00	24.321.00	12.695.00	11.626.00	69.41	52.20
PLANETA RICA	35.444.00	51.984.00	25.655.00	26.329.00	72.38	49.35
PUEBLO NUEVO	20.310.00	28.528.00	23.653.00	4.875.00	116.46	82.91
PTO ESCONDIDO	9.896.00	22.726.00	18.144.00	4.582.00	183.35	79.84
PTO LIBERTADOR	17.435.00	28.772.00	24.675.00	4.097.00	141.53	85.76
PURISIMA	11.521.00	14.435.00	9.642.00	4.793.00	83.69	66.80
SAHAGUN	81.711.00	81.877.00	53.726.00	28.151.00	65.75	65.62
SAN ANDRES	44.747.00	53.159.00	50.054.00	3.105.00	111.86	94.16
SAN ANTERO	15.663.00	24.274.00	25.904.00	0.00	165.38	106.72
SAN BERNARDOO	22.929.00	31.928.00	16.132.00	15.796.00	70.36	50.53
SAN CARLOS	13.987.00	23.377.00	12.451.00	10.926.00	89.02	53.26
SAN Pelayo	25.197.00	36.455.00	20.912.00	15.543.00	82.99	57.36
TIERRALTA	50.115.00	77.715.00	48.972.00	28.743.00	97.72	63.01
VALENCIA	21.299.00	32.061.00	21.308.00	10.753.00	100.04	66.46
TOTAL	873.710.00	1.243.656.00	826.675.00	419.615.00	94.62	66.47

### **3. SITUACION DE SALUD**

#### **3.1 SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**

##### **3.1.1. Atención Prenatal**

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto son determinantes fundamentales de la salud materno infantil, en Córdoba el 81.5% de las mujeres reciben atención prenatal por médico, el 4.2% recibe atención por enfermera y el 14% no recibe atención prenatal, el promedio nacional es de 86.7%. (ENDS 2005).

En el país el 83% de las embarazadas tiene 4 o más visitas de control (ENDS 2005), en tanto que en el departamento la gestante tiene entre 2 a 3 visitas, evidenciándose un alto riesgo en la salud del binomio madre-hijo en la etapa prenatal. Además se ha mantenido una proporción importante de atención del parto en casa con el 12% mientras que a nivel país la cifra es de 7.8%

##### **3.1.2. Coberturas de Vacunación:**

Córdoba se ha caracterizado por presentar coberturas globales de vacunación útiles en los últimos 4 años, no obstante, en el 2007 con el ajuste de las proyecciones de población a partir del censo DANE 2005, sólo en el Triple Viral el departamento obtuvo coberturas de 97%, en los demás biológicos las coberturas alcanzadas oscilaron entre 88% y 89% El ajuste de población también ocasionó un descenso significativo de coberturas en varios municipios en todos los biológicos del PAI.

Por lo anterior, solo 2 municipios (Cereté y Sahagún) lograron obtener coberturas útiles en todos los biológicos. En los municipios La Apartada, Pueblo Nuevo, Purísima y Valencia se observaron buenas coberturas excepto BCG o triple viral en caso del municipio de Pueblo Nuevo. En el biológico BCG 6 municipios obtuvieron coberturas útiles, en VOP, 9 (32%) municipios obtuvieron coberturas útiles, con la Pentavalente 8 (28.5%) municipios y en triple viral fueron 15 (53.5%) los municipios que finalmente obtuvieron coberturas útiles. Por lo anterior, a excepción de los municipios de Cereté y Sahagún los demás municipios deben realizar campañas de intensificación de la vacunación para cumplir con las coberturas en 2008 y adicionalmente, disminuir la población pendiente de vacunar en el 2007. Ver cuadro 7.

**Cuadro 7. Coberturas de Vacunación por municipios. Córdoba 2007.**

MUNICIPIOS	COBERTURAS POR BIOLÓGICOS							SRP
	POB < 1 AÑO	BCG	VOP	DPT	A.HB	A Hib	POB. 1 AÑO	
MONTERÍA	8.598	148	89	85	85	85	8.473	109
AYAPEL	1.203	47	51	51	51	51	1.199	59
BUENAVISTA	494	76	89	89	89	89	491	79
CANALETE	485	50	88	87	87	87	479	99
CERETE	1.783	106	105	109	109	109	1.766	101
CHIMA	278	65	67	68	68	68	273	97
CHINU	934	91	83	83	83	83	916	88
CGA. DE ORO	1.240	46	58	58	58	58	1.229	66
COTORRA	298	58	76	76	76	76	288	77
LA APARTADA	317	65	136	138	138	138	323	122
LORICA	2.672	95	88	88	88	88	2.614	97
LOS CÓRDOBAS	489	44	62	62	62	62	463	73
MOMIL	307	65	73	79	79	79	285	94
MONTELIBANO	2.079	103	93	88	88	88	2.030	102
MOÑITOS	586	66	95	94	94	94	596	111
PLANETA RICA	1.493	76	87	87	87	87	1.470	85
PUEBLO NUEVO	805	103	98	98	98	98	785	89
PTO. ESCONDIDO	563	73	83	79	79	79	628	114
PTO. LIBERTADOR	909	87	80	81	81	81	939	130
PURISIMA	302	70	117	117	117	117	294	111
SAHAGUN	1.920	141	140	140	140	140	1.912	127
SAN ANDRES	2.012	66	69	71	71	71	1.986	72
SAN ANTERO	673	61	87	83	83	83	687	100
SAN BERNARDO	767	63	75	76	76	76	803	79
SAN CARLOS	486	58	99	113	113	113	493	69
SAN PELAYO	749	72	104	103	103	103	816	82
TIERRALTA	2.323	70	83	83	83	83	2.299	91
VALENCIA	838	75	105	99	99	99	849	112
TOTAL	35.603	92	89	88	88	88	35.386	97

### 3.1.3. Estado Nutricional

El aseguramiento de una buena nutrición desde el nacimiento, condiciona el adecuado desarrollo y crecimiento del niño o la niña de tal forma que la lactancia materna provee inicialmente los nutrientes adecuados y contribuye en gran medida con la inmunización para un gran número de enfermedades. La oferta de leche materna a los recién nacidos en el departamento de Córdoba, se estima en 96.9% siendo prácticamente semejante al promedio nacional que se estima en 97.1%, la duración mediana de la lactancia materna es de 14.7 meses semejante a la mediana nacional (14.9%), pero por debajo de 9 departamentos donde la

duración de la lactancia oscila entre 18 y 21 meses. Respecto al inicio de la lactancia el 48% de los niños recibió leche materna en la primera hora de nacido y el 25% recibió leche materna después del primer día. (Ensin 2005).

#### OFERTA DE LECHE MATERNA

Indicadores	Córdoba	Colombia
Oferta global de leche materna	96.9%	97.1%
Duración mediana de la lactancia	14.9%	14.9%
Inicio de lactancia a la hora	48%	
Inicio de lactancia después del 1er día.	25%	

El mantenimiento de problemas de desnutrición se evidencia en recientes valoraciones realizadas por la Secretaría de Desarrollo de la Salud previas al suministro de nutrientes y micronutrientes contemplados en el Plan de Atención Básica 2004 – 2007, los resultados obtenidos en la población beneficiada menor de 3 años fueron: el 16.3% de los niños presentaban desnutrición aguda, el 27% desnutrición grave y el 31.8% desnutrición crónica. La encuesta nacional de demografía y salud, año 2005 (ENDS), también mostró que en Córdoba las cifras de desnutrición en niños menores de 5 años son 15% de desnutrición crónica y 15% de desnutrición global.

#### ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE DE CORDOBA

Indicador	Porcentaje
Desnutrición crónica < de 5 años	15%
Desnutrición global < de 5 años	15%
Prevalencia de retraso en crecimiento niños 5 a 9 años; de 10 a 17	16.1%; 19.9%
Prevalencia de delgadez niños y adolescentes de 10 a 17	15.1%
Prevalencia de sobrepeso niños y adolescentes de 10 a 17	10.5%

Fuente: encuesta ENSIN 2005

En niños de 5 a 9 años la prevalencia de retraso en el crecimiento es de 16.1% en este grupo de edad el departamento se sitúa entre los de mayor prevalencia al lado de La Guajira, Nariño, Boyacá, Magdalena Cesar y Sucre. En niños y adolescentes de 10 a 17 el retraso se observó en el 19.9%, el 15.1% presentaban delgadez y el 10.5% presentaban sobrepeso. En personas de 18 a 64 años la prevalencia de delgadez es de 6.8%, el 27.1% presenta sobrepeso, el 10.2% estaba obeso y el 37.3% presentaba tanto sobrepeso como obesidad.

### 3.1.4. Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda

La enfermedad diarreica aguda (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA) permanecen como causas principales de morbilidad en niños menores de 5 años; en menores de 1 año, la primera causa es la EDA mientras que en niños de 1 a 4 años es la IRA, en este último grupo las parasitosis y las infecciones del tracto urinario son causas importantes de morbilidad. En general, el mayor peso de la morbilidad en menores de 5 años en el departamento está dado por la EDA y la IRA. La persistencia de la EDA en la población infantil está relacionada con la mala calidad del agua, los malos hábitos higiénicos en la preparación e ingesta de alimentos, de igual forma las condiciones de hacinamiento y la malnutrición condicionan la aparición de IRA en población de estrato social bajo.

La Notificación por SIVIGILA demuestra un dato mas aproximado a la magnitud real de la EDA y la IRA, por este sistema de información mientras en el 2005 se reportaron 25.237 casos de EDA y 64.457 de IRA en 2006 las cifras demuestran disminución de los casos de EDA (24.314) y un incremento en los casos de IRA (67.123).

Cuadro 9. Morbilidad por consulta y sexo para el grupo de edad menor de 1 año. Córdoba año 2007.

DESCRIPCION	MAS.	FEM.	TOTAL	%TOTAL
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2097	1401	3498	7.5%
RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común)	1499	1455	2954	6.4%
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1392	863	2255	4.9%
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1014	771	1785	3.8%
FIEBRE, NO EPECIFICADA	894	768	1662	3.6%
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	732	339	1071	2.3%
ASMA, NO ESPECIFICADA	522	447	969	2.1%
INFECCION INTESTINAL BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	540	404	944	2.0%
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS	419	369	788	1.7%
BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	308	242	550	1.2%
<b>TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MENOR DE UN AÑO</b>	<b>9417</b>	<b>7059</b>	<b>16476</b>	<b>35.5%</b>

Cuadro 8. Morbilidad en consulta externa por sexo para el grupo de edad de 1 a 4 años Córdoba año 2007.

DESCRIPCION	MAS.	FEM.	TOTAL	%TOTAL
RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común)	3030	3005	6035	5.9%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2150	1919	4069	4.0%
PARASITOSIS INTESTINAL,SIN OTRA ESPECIFICACION	1960	1926	3906	3.8%
BRONCONEUMONIA.NO ESPECIFICADA	2022	1768	3790	3.7%
ASMA, NO ESPECIFICADA	1979	1574	3553	3.5%
FIEBRE,NO EPECIFICADA	1795	1644	3439	3.4%
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1351	1205	2556	2.5%
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS	840	833	1673	1.6%
INFECCION DE VIAS URINARIAS.SITIO NO ESPECIFICADO	540	749	1289	1.3%
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA	602	551	1153	1.1%
<b>TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS 1 A 4 AÑOS</b>	<b>16269</b>	<b>15174</b>	<b>31463</b>	<b>30.8%</b>

Cuadro 9. Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda. Córdoba 2001 - 2006

AÑOS	EDA por edad y año					IRA por edad y año				
	< 1	1 A 4	5 -14	> 15	Total	< 1	1 A 4	5 - 14	> 15	Total
2001	10.115	10.611	6.324	11.388	38.438	19.349	29.377	22.835	37.224	108.785
2002	9035	11182	8067	12939	41223	16412	27137	23723	36777	104049
2003	10077	13480	9704	17402	50663	18767	31672	25023	46183	121645
2004	10926	13581	9796	20043	54346	22737	38690	32581	58587	152595
2005	10859	14378	9314	18803	53354	24038	40419	30683	54050	149190
2006	10278	14036	8802	18205	51321	24012	43111	35638	60559	163320

Fuente: Registros SIVIGILA

La incidencia de enfermedades infecto contagiosas prevalentes en la infancia ha sido impactada en gran medida por la obtención de buenas coberturas de vacunación en los últimos 5 años. En la actualidad, el departamento muestra la consolidación de las metas de erradicación del polio, la eliminación del sarampión y el control de otras enfermedades inmunoprevenibles como tétanos, difteria, parotiditis y tosferina.

Para las enfermedades inmunoprevenibles existen metas precisas de erradicación eliminación o control y para verificar el cumplimiento de estas metas, el sistema de vigilancia exige la notificación sistemática de casos que clínicamente se consideren probables de ser poliomielitis, sarampión, difteria, tétanos o tos ferina, en atención a esta obligación en el año 2007 se notificaron al SIVIGILA 6 casos probables de poliomielitis, 5 casos confirmados de parotiditis, 3 casos sospechosos de rubéola y 8 de sarampión descartados posteriormente.

En la población de 5 a 14 años las causas mas frecuentes de morbilidad son en su orden, las parasitosis intestinales con el 5.7% del total de causas, seguida por la rinofaringitis con el 4.1% de las causas, entidades causadas especialmente por infecciones de tipo viral, la fiebre de origen no especificado, motivo de consulta muy frecuente y en las generalmente no se consigna la causa por la carencia de

pruebas diagnósticas de mediana complejidad, las anemias y la caries dental continúan como causa frecuente de morbilidad con el 3.6%.

### 3.1.5. Sífilis Congénita y Gestacional

En el año 2007 se produjo un incremento tanto de municipios que reportan al Sivigila como de casos notificados de sífilis, el número de municipios que reportan pasó de 2 en el 2006 a 15 en el 2007, el número de casos de sífilis congénita pasó de 6 a 61 casos y de sífilis gestacional paso de 4 a 76 casos. Entre los municipios que notificaron sífilis congénita en 2007 se encuentran Montería 22 casos, Ayapel 1, Cereté 9, Chima 1, Ciénaga de Oro 5, La Apartada 1, Montelibano 4, Planeta Rica 3, Puerto Libertador 1, Sahagún 3, San Antero 1, San Carlos 2, San Pelayo 2, Tierralta 2 y Valencia 4.

Los municipios que notificaron sífilis gestacional fueron: Montería 30 casos, Ayapel 1, Canalete 1, Cereté 9, Chima 1, Ciénaga de Oro 5, La Apartada 1, Montelibano 4, Moñitos 1, Planeta Rica 3, Puerto Libertador 2, Sahagún 4, San Andrés 1, San Antero 1, San Carlos 3, San Pelayo 2, Tierralta 3 y Valencia 4.

Con los casos notificados la incidencia de sífilis congénita en el departamento es de 2 x 1000 nacidos vivos. Los municipios con mayor incidencia que el promedio departamental son: Ciénaga de Oro con 6.2 x mil nacido vivo, Valencia con 5.8 x mil, San Carlos con 5.2 x 1000 y Cereté con 4 x mil. En general todos los municipios que notifican tienen incidencia por encima de 1 x 1000 nacidos vivos. Los 13 municipios restantes permanecen silenciosos para este evento.

### 3.1.6. Morbilidad en niños de 5 a 14 años.

#### MORBILIDAD EN CONSULTA POR SEXO PARA EL GRUPO DE EDAD DE 5 A 14 AÑOS. CÓRDOBA. AÑO 2007.

DESCRIPCION	MAS.	FEM.	TOTAL	%TOTAL
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	3151	3216	6367	5.7%
RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común)	2284	2326	4610	4.1%
FIEBRE, NO EPECIFICADA	1582	1300	2882	2.6%
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	1199	1489	2688	2.4%
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA	1064	1317	2381	2.1%
CARIES DENTAL NO ESPECIFICADA	1073	1259	2332	<b>2.1%</b>
INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO	1003	1320	2323	2.1%
CARIES DE LA DENTINA	853	972	1825	<b>1.5%</b>
ASMA, NO ESPECIFICADA	789	737	1526	1.4%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	671	702	1373	1.2%
<b>TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS 5 A 14 AÑOS</b>	<b>13669</b>	<b>14638</b>	<b>28307</b>	<b>25.2%</b>

### 3.2 Mortalidad Infantil

Los registros de defunción de los años 2004 – 2005 fueron considerados para realizar un mejor análisis del comportamiento de la mortalidad considerando que son datos definitivos.

La mortalidad infantil en menores de 1 año pasó de 17.2 a 17.1 x mil nacidos vivos lo que evidencia un comportamiento estable de la mortalidad en este grupo de edad; en niños de 1 a 4 años pasa de 0.63 a 0.65 x mil a 0.50 por mil; entre las causas específicas de mortalidad, los trastornos respiratorios del periodo perinatal aportan la mayor carga de la mortalidad en la población menor de 1 año, en tanto que en niños de 1 a 4 años corresponde a las infecciones respiratorias agudas, siguen en orden de importancia las malformaciones congénitas y las muertes por desnutrición. La mortalidad por EDA presentó en el 2005 un descenso importante de la mortalidad frente a lo observado en el año 2004.

Otras casusas importantes de mortalidad en menores de 5 años son en su orden los tumores malignos del tejido linfático y órganos hematopoyéticos, diversas afecciones del recién nacido, meningitis aguda y septicemia. Ver cuadros

Mortalidad Menores de 1 año, 20 primeras causas .Córdoba 2005	Menor 1 año		
	Hombres	Mujeres	Total
TOTAL	318	210	528
TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	99	55	154
MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	52	29	81
OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	33	24	57
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	23	20	43
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	17	19	36
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	21	10	31
FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	13	10	23
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	10	3	13
ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS	5	3	8
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECC. MATERNAS	6	2	8
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	4	3	7
MENINGITIS	3	4	7
RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL., BAJO P./ NACER, GEST.CORTA	4	3	7
SEPTICEMIA	2	4	6
ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	3	3	6
OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	3	2	5
ENF. HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN N. Y KERNICTERUS	2	3	5
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	4	.	4

ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON	2	1	3
OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	2	1	3
RGESTO DE CAUSAS	10	11	21

De acuerdo al sexo el 60% de las muertes en menores de 1 años y el 65% de la muertes de 1 a 4 años ocurren en hombres, de acuerdo a las causas la mortalidad en menores de 1 año solo la infección respiratoria aguda, las meningitis y las septicemias ocurrieron con mayor frecuencia en mujeres. Entre las causas de mortalidad, solo las infecciones respiratorias agudas, enfermedades pulmonares por agentes externos, el ahogamiento y sumersión accidentales, son más frecuentes en mujeres.

El perfil de mortalidad en niños de 5 a 14 años se caracteriza por una participación importante de las muertes accidentales, estas ocasionan el 22.3% de las muertes, los tumores malignos del tejido linfático y órganos hematopoyéticos ocasionan el 11.8%, sobresalen también como causa de mortalidad las malformaciones congénitas, las enfermedades infecciosas como septicemia y meningitis. La mayor proporción de mortalidad ocurre en hombres con el 60% de los casos, pero en mujeres ocurre la mayor proporción de muertes por tumores del tejido linfático y órganos hematopoyéticos (77%).

Mortalidad Niños de 1 a 4 años todas las causas. Córdoba 2005	1 - 4 años		
	Hombres	Mujeres	Total
TOTAL	48	26	74
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	5	6	11
T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES	8	1	9
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	6	3	9
ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	5	2	7
ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS	2	3	5
ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	4	.	4
OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO	2	1	3
EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	2	1	3
ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	1	1	2
MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2	.	2
ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO	2	.	2
OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	1	1	2
AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	.	2	2
OTRASENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1	1	2
OTRAS CAUSAS	7	4	9

<b>Mortalidad edad de 5 a 14 años todas las causas.</b>	<b>De 5-14 años</b>
---	---------------------

<b>Córdoba 2005</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
TOTAL	46	30	76
OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	6	3	9
T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES	2	7	9
AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	3	2	5
MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	2	2	4
SEPTICEMIA	4	.	4
ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	2	1	3
ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON	1	2	3
ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS	2	1	3
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1	2	3
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1	2	3
MENINGITIS	2	1	3
OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO	2	1	3
AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	.	2	2
ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	2	.	2
RESTO DE CAUSAS	16	4	20

## Salud materna

Con la encuesta ENDS 2005 se pudo establecer que el 81.5% de las gestantes fue atendida por medico y el 4.2% por enfermera, entre estas el 82.7% recibió atención del parto en una IPS pública y 1.8% recibió atención del parto en una IPS privada. Entre las mujeres con nacidos vivos en los últimos 5 años previos a la encuesta ENDS 2005 y que recibieron atención prenatal. Entre los contenidos específicos de la atención del embarazo informado por las que estuvieron en control antes de la encuesta se determinó que el 97.6% fue pesada, al 95.6% se midió la altura uterina, al 98.5% se tomó la presión arterial, al 86.7% y al 88% se tomaron respectivamente muestra de orina y de sangre y solo al 21.3 se ordenó la prueba de detección del SIDA.

En cuanto a la mortalidad materna se presentó un incremento exagerado en el año 2007 frente a lo notificado en el año 2006, mientras que en este año fueron notificadas 19 muertes, en el 2007 se notificaron 42, lo que representa un incremento de 141% quedando el departamento con el mayor riesgo de mortalidad materna en el país. Los municipios con mayor notificación de muertes maternas fueron en su orden, Montería con 9, Sahagún con 4, Moñitos con 3, Chinú, Montelibano y San Andrés con 2 en cada municipio y con un caso reportado los municipios de Ayapel, Cereté, Lorica, Planeta Rica y Puerto Libertador. De acuerdo a esta notificación los municipios de mayor riesgo son: Moñitos con una

razón de 1538.46 x 100.000, Momil 649.3 x 100.000, Puerto Libertador 454.4 x 100.000 y Chinú con una razón de mortalidad de 490.2 x 100.000 nacidos vivos.

La razón de mortalidad materna que presenta el departamento con los 42 casos en el 2007 fue de 139.7 x 100.000 N.V. Entre los municipios que notifican muertes maternas Montería, Cereté y Loricá están por debajo de la razón departamental,

Entre los determinantes de mayor importancia relacionados con la muerte materna en el año 2007 fueron: el 50% de las gestantes fallecidas no asistió al control y entre las que asistieron, el 9.7% eran menores de 19 años, el 14% niega algún grado de escolaridad, 27 gestantes (64.2%) tenían mas de 7 embarazos, en el 12% el parto fue atendido en casa, el 76.1% de las gestantes muertas recibieron atención institucional del trabajo de parto, dato que se aproxima al obtenido en la encuesta ENDS 2005 (84%), 26 muertes (63.4%) ocurrieron durante el puerperio.

### **Sífilis Congénita y Gestacional**

En el año 2007 se produjo un incremento tanto de municipios que reportan al Sivigila como de casos notificados de sífilis, el número de municipios que reportan pasó de 2 en el 2006 a 15 en el 2007, el número de casos de sífilis congénita pasó de 6 a 61 casos y de sífilis gestacional paso de 4 a 76 casos. Entre los municipios que notificaron sífilis congénita en 2007 se encuentran Montería 22 casos, Ayapel 1, Cereté 9, Chima 1, Ciénaga de Oro 5, La Apartada 1, Montelibano 4, Planeta Rica 3, Puerto Libertador 1, Sahagún 3, San Antero 1, San Carlos 2, San Pelayo 2, Tierralta 2 y Valencia 4.

Los municipios que notificaron sífilis gestacional fueron: Montería 30 casos, Ayapel 1, Canalete 1, Cereté 9, Chima 1, Ciénaga de Oro 5, La Apartada 1, Montelibano 4, Moñitos 1, Planeta Rica 3, Puerto Libertador 2, Sahagún 4, San Andrés 1, San Antero 1, San Carlos 3, San Pelayo 2, Tierralta 3 y Valencia 4.

Con los casos notificados la incidencia de sífilis congénita en el departamento es de 2 x 1000 nacidos vivos. Los municipios con mayor incidencia que el promedio departamental son: Ciénaga de Oro con 6.2 x mil nacido vivo, Valencia con 5.8 x mil, San Carlos con 5.2 x 1000 y Cereté con 4 x mil. En general todos los municipios que notifican tienen incidencia por encima de 1 x 1000 nacidos vivos. Los 13 municipios restantes permanecen silenciosos para este evento.

### **Salud Sexual y Reproductiva**

Diversas encuestas realizadas por la Secretaría de Desarrollo de la Salud de Córdoba sobre conocimientos, actitudes, prácticas y derechos en salud sexual y reproductiva aplicada a jóvenes escolarizados y no escolarizados del

departamento, indican que una proporción muy importante de jóvenes aún desconocen sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva. De igual forma, persisten comportamientos, actitudes y prácticas sexuales que representan alto riesgo para su salud.

El 70% de los jóvenes manifiesta que la ITS que más se conoce es la gonorrea, seguida por la sífilis y posteriormente la candidiasis. Respecto al tipo de relación, la realizada con personas de otro sexo es la más frecuente en el 83.7%, seguida por las relaciones de tipo homosexual con el 11.1% y en menor frecuencia las relaciones bisexuales citada por el 3.9%. El tipo de penetración más frecuentemente citada es pene – vagina en el 52.7% menos frecuente la penetración pene – boca. El 45% de los jóvenes aún no ha tenido su primera relación sexual con penetración.

Respecto a la edad de la persona con la que tuvo la primera relación sexual con penetración, se citan edades extremas de 8 a 10 años en el 6% de los casos y con personas de 30 a 38 años, la edad mediana de la primera relación en mujeres es de 18 años (Encuesta Sedesalud Córdoba 2007), la de la primera unión es 20 años y la del primer nacimiento es de 21 (ENDS 2005) estos parámetros se sitúan por debajo del promedio de la Costa Atlántica. La persona con la que tuvo esta primera relación sexual fue con el novio o novia en el 58.5% de los casos, con un amigo o amiga en el 25%, una relación zoolífica en el 5.8% y menos citado fue con trabajadora sexual por el 3.9% de los encuestados.

Con relación a las prácticas relacionadas con el uso del condón, el 30.1% usó condón en su primera relación, un 2.6% opina que un condón se puede usar varias veces, el 77.2% sabe que se debe poner antes de la penetración. Entre los jóvenes que ya tienen relaciones sexuales y no usan condón durante la actividad sexual, el 73.5% tiene relaciones con penetración en la vagina, el 29.8% tiene penetración a la boca y el 40.1% tiene relaciones sexuales con penetración a ano. (Encuesta Sedesalud Córdoba 2007),

En Córdoba el 74% de las personas sabe que el condón evita el contagio del SIDA y el 13% de las mujeres en unión se creen en riesgo de infección (ENDS 2005), no obstante que en el 2005 sólo el 11% de las mujeres se habían realizado la prueba de detección del VIH para el 2006 el --- de las mujeres no aseguradas aceptaron la prueba durante el control del embarazo.

La fuente más frecuente de los conocimientos sobre sexualidad de los jóvenes son sus profesores citada por el 52.9%, seguido por los padres en el 45.2%. Siguen en orden de frecuencia los amigos y la televisión.

Con relación a la fecundidad y preferencias reproductivas, la tasa global de fecundidad calculada para las mujeres en el departamento es de 2.6 por mujer (promedio nacional 2.4), la tasa general de fecundidad es de 91 x mil mujeres en edad fértil (promedio nacional 83 x mil), en tanto que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es de 94 x mil, se sitúa 4 puntos por encima del

promedio nacional. Las preferencias reproductivas encontradas en la encuesta muestran una tendencia a la disminución del tamaño de los hogares, pues el 69% de las mujeres no desean tener más hijos a ello se agrega que el número ideal de los hijos para las MEF es de 3 en promedio, el cual aún siendo bajo, se sitúa un punto por encima del promedio nacional.

### **Métodos anticonceptivos.**

El porcentaje de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres unidas en el departamento bajó de 73.4% en el año 2000 a 71% en el 2005, en este mismo grupo la utilización de la esterilización femenina fue de 38% (ENDS 2005). Este dato es prácticamente semejante al encontrado en el año 2000 (37.3%) de igual forma el uso de la píldora entre el año 2000 y 2005 es semejante (10.3% y 10%), solo el uso del condón se incrementa levemente pasando de 3.7% a 5%.

Uno de los retos que tiene el sector salud a corto plazo consiste en establecer con mayor precisión la cobertura de planificación familiar que incluya tanto mujeres y hombres, en el cuatrienio 2008 – 2011 la dirección territorial de salud y EPS no solo deberán promover la planificación, también se debe fortalecer el sistema de información que permita establecer la adherencia a los programas.

### **Enfermedades Transmisibles**

#### **Enfermedades Transmitidas por Vectores**

##### **Malaria**

En el periodo 2001-2005 en el Departamento de Córdoba se produjo una significativa disminución de la malaria pasando de 45.316 casos a 24.025, lo que corresponde a una disminución del 47% (n=21.291 casos), sin embargo, en el periodo 2006-2007 se reactivan los altos niveles endémicos siendo este aumento mas significativo en el año 2007 (44.074 casos) que comparado con lo notificado en el 2005 representa un incremento del 83.4%(n=20.049 casos).

El único municipio que mantuvo bajos niveles endémicos en el 2007 comparado con el año 2006 es Valencia con un total de 2990 casos. En el periodo 2001-2007 se reportaron 242.685 casos siendo los municipios con mayor proporción de casos en su orden Tierralta con el 37.7%(n= 91179), Puerto Libertador con el 29.04% (n=70287), Montelibano con el 20.48% (n=49570), y Valencia con el 11.0% (n=26633). En estos cuatro municipio se concentra el 98.2% (n= 237669) del total notificado y en los demás municipios el 1.8%.

En el periodo 2001-2007 la distribución de los casos por tipo de especies de plasmodium, tuvo para *P. Falciparum* un máximo en el año 2002 con 13.149 casos y un mínimo en el año 2006 con 4321 casos con una disminución de 8828 (67.1%), pero en el año 2007 se incrementa nuevamente la notificación con 10.174 casos para un incremento de 5853 casos equivalente a 135.45% comparado con el año 2006.

En cuanto a *plasmodium vivax* con 31.931 casos en el 2001 venía con una tendencia a la disminución hasta el año 2005 con 19.355 casos lo que equivale a un decremento del 39.4% (n=12.576) casos. Desde el año 2006 empieza un nuevo incremento y pasa de 19355 casos en el año 2005 a 33374 casos en el año 2007 con un porcentaje de incremento del 72.4%(n=14019) casos. La relación *P. Vivax /P. Falciparum* en el periodo 2001-2007 fue de 2.76/.

La distribución de los casos de malaria por sexo y periodos epidemiológicos I-XII en los municipios de alto riesgo y el departamento de Córdoba no hay diferencia alguna y que la proporción de 40% para mujeres y 60% para hombres del departamento se mantienen todos los municipios, con pequeñas diferencias especialmente en el municipio de Valencia con 44.5 para mujeres y 55.5% para hombres.

### **Dengue Clásico y Hemorrágico**

La situación del dengue clásico en el Departamento de Córdoba en el periodo de 1998-2007\*(\*Hasta la semana 48), se tiene una tendencia al aumento desde el año de 1998 hasta alcanzar un máximo pico (n=2658 casos) en el año 2002, para luego descender a 366 casos en el año 2006, para el año 2007 hasta la semana 48 se han notificado 506 casos con 175 confirmados y una incidencia por de 11.5 x 100.000 habitantes, quedando hasta la fecha 331 casos sin clasificar por falta de reactivos en el laboratorio de salud pública del departamento (Tablas 9 y 11 )

La situación del dengue hemorrágico en el Departamento de Córdoba en el periodo comprendido del año 1998-2007, tuvo un comportamiento con un mínimo en el año 1999 (4 casos) un pico en el 2003 (327 casos) y luego un descenso hasta el año 2006 donde se presentaron 96 casos. Hasta la semana 48 se han notificado 129 casos de los cuales se confirmaron 34 quedando 95 sin clasificar por falta de reactivos en el año 2007.

La incidencia por 100.000 habitantes de dengue hemorrágico osciló entre un mínimo de 0.3 (n=4 casos) en el año 1999 y 23.92(n=327 casos) en el año 2003, para el año 2007.

## **Leishmaniasis Cutánea**

En el Departamento de Córdoba en el periodo de 1999-2007 en cuanto a Leishmaniasis cutánea ha afectado a 25 de los 28 municipios exceptuándose los municipios de Cotorra, San Bernardo del Viento y Chimá. En total se han presentado 2171 casos de Leishmaniasis cutánea siendo los municipios mas afectados en su orden, Tierralta con el 48.54% (n=1054), Valencia con el 13.03% (n=283), Puerto Libertador con el 12.1% (n=263), San Andrés con el 9.16% (n=199), Montería con el 4.46% (n=97). Durante el año 2007 los municipios mas afectados son en su orden Tierralta con el 44.6% (n=132), Puerto Libertador con el 21.3% (n=63), Valencia con el 11.8% (n=35), Montelibano con el 12.5% (n=37) y San Andrés con el 6.75% (n=20).

La incidencia de Leishmaniasis cutánea tiene un máximo en el año 2001 con 29.3 por 100000 habitantes y un mínimo en el 2004 con 5.86 por 100000 habitantes.

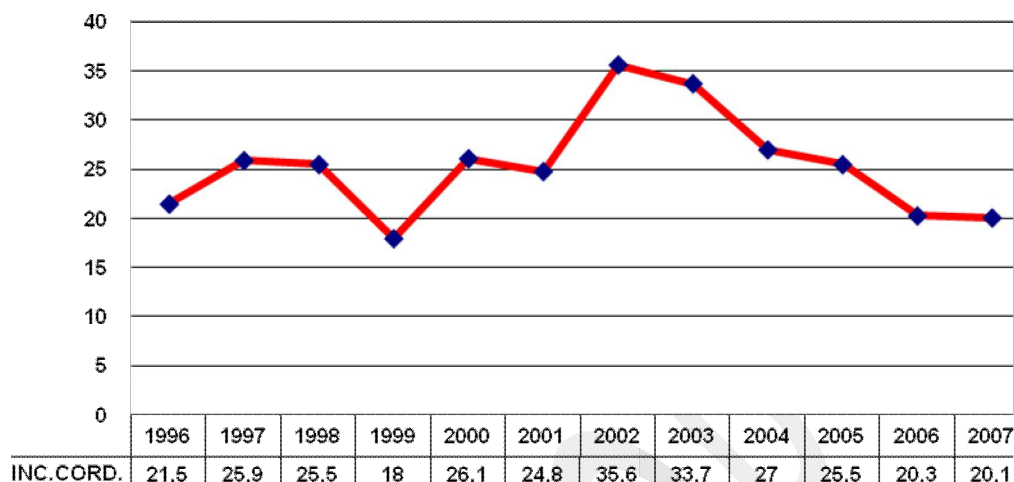
## **Leishmaniasis Visceral**

La Leishmaniasis visceral en el departamento de Córdoba afecta a 10 municipios de los 28 que conforman el departamento con un total de 185 casos en el periodo 1999-2007, siendo el municipio de San Andrés de Sotavento el principal foco del departamento con el 70.1% (n=129), seguido de Lórica con el 10.3% (n=19) y Moñitos con el 9.78% (n=18) respectivamente, durante el año 2007 se presentaron 16 casos hasta el periodo doce siendo el municipio de San Andrés donde ocurrió el mayor numero de casos 13 (81.25%), seguido de Moñitos con 2 y Lórica con 1. La incidencia oscila entre 0.85 por 100000 y 2.89 (Figura 9).

El grupo de edad mas afectado por la Leishmaniasis visceral en el departamento de Córdoba es el de uno a cuatro años con el 61% (n=69) de edad el municipio que mas casos aporta es el de San Andrés de Sotavento con 76 casos. Con relación al sexo predomina el masculino en una relación de 1.3 a 1 general para el departamento y de 1.45 a 1 para el municipio de San Andrés de Sotavento

## **Tuberculosis**

La incidencia de tuberculosis todas las formas en el año 2006, fue de 20.3 casos por 100.000 habitantes, en tanto que en el 2007, en este último año se registraron 310 casos para una incidencia de 20.5 por 100.000 habitantes, manteniéndose la tendencia por debajo del promedio de los últimos 11 años que es de 28.



Los municipios con mayor riesgo para la tuberculosis en el 2007 fueron: San Andrés, Moñitos, Planeta Rica, Tierralta, Lorica, Cereté y Montería, en tanto que Canalete, Los Córdoba, Puerto Escondido y San Pelayo son los municipios que presentan el menor riesgo para la enfermedad..

### Lepra

La meta de eliminación de la lepra en el departamento se alcanzó en el año 2002 y la prevalencia se ha mantenido en menos 1 caso x 10.000 habitantes. En 2007 la prevalencia fue de 0.12 x 10.000, solo el municipio de Purísima tiene prevalencia por encima de la meta de eliminación con 2.0 x 10.000 habitantes. En el departamento, la población mas afectada corresponde a mayores de 15 años.

### Enfermedades Crónicas no transmisibles

Al comparar la prevalencia de diabetes del 2003 al 2005 en Colombia se encuentra un aumento en población de 20 – 79 años, por ejemplo durante este periodo pasó de 4.3% al 5.8%.

El Ministerio de Salud de Colombia –1999 realizó el II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas - ENFREC II, el cual reportó que un 85.5% de los encuestados tuvo acceso al procedimiento - medición de presión arterial; el 12.3% de la población adulta informó que era hipertensa.

En una encuesta de realizada por la Secretaria de Salud de Córdoba en el año 2006 se pudo establecer que el factor de riesgo para enfermedad coronaria observado con mayor frecuencia en la población evaluada (n= 763) fue el sedentarismo con el 32.11% (n= 245), seguido por la historia familiar de eventos coronarios con el 25.3% (n= 193), contrariamente los trastornos de la glucosa

como factor de riesgo para enfermedad coronaria fue observado en 1.97% (n= 15). Ver tabla.

Factor de riesgo	Numero	%
Sedentarismo	245	32,11
Historia familiar de eventos coronarios	193	25,29
Hiperlipidemia	140	18,35
Hipertensión	104	13,63
Hipertensión	104	13,63
Obesidad	93	12,19
Consumo de cigarrillos	88	11,53
Nivel de ansiedad	87	11,40
Total encuestados	763	100

En el año 2007 la Secretaria de Salud departamental de Córdoba realizo una encuesta de prevalencia diagnosticada de hipertensión arterial y diabetes con una muestra de 10.040 hogares seleccionando barrios, manzanas, corregimientos y veredas al azar, aplicada en la zona urbana y rural de 27 municipios, no se incluyo a Montería.

Para comprobar el diagnóstico de la hipertensión arterial la metodología consistió en la certificación por la medición de la presión arterial y la demostración de la toma de medicamentos antihipertensivos y para la certificación del diagnóstico de diabetes se solicitó los resultados de glicemia y la toma de medicamentos hipoglicemiantes o aplicación de insulina.

Los resultados mostraron una prevalencia global de 0.80% de personas afectadas por ambos eventos en los 27 municipios, la prevalencia observada de diabetes fue de 1.16% y de hipertensión arterial fue de 11.9%.

Por municipios la mayor prevalencia de presencia de personas afectadas por ambos eventos se observó en Chimá con 2.34%, la mayor prevalencia de diabetes se observó en Tierralta con el 3.92%, en tanto que la mayor prevalencia afectados por hipertensión arterial se observó en Cereté con 22.3%. Ver cuadro

### Prevalencia de diabetes e hipertensión diagnosticada. Córdoba año 2007

Municipio	Población encuestada	ENFERMEDADES CRÓNICAS					
		Ambas	Prevalencia x 100	Diabetes	Prevalencia x 100	HTA	Prevalencia x 100
AYAPEL	396	4	1.01	4	1.01	29	7.3

BUENAVISTA	178	1	0.56	1	0.56	11	6.2
CANALETE	162	0	0.00	1	0.62	9	5.6
CERETE	775	14	1.81	14	1.81	173	22.3
CHIMA	128	3	2.34	4	3.13	5	3.9
CHINU	404	4	0.99	7	1.73	42	10.4
CIENAGA DE ORO	468	5	1.07	5	1.07	67	14.3
COTORRA	154	2	1.30	3	1.95	16	10.4
LA APARTADA	119	0	0.00	0	0.00	21	17.6
LORICA	1021	3	0.29	3	0.29	133	13.0
LOS CORDOBAS	174	0	0.00	0	0.00	18	10.3
MOMIL	124	2	1.61	4	3.23	19	15.3
MONTELIBANO	676	2	0.30	2	0.30	71	10.5
MOÑITOS	225	1	0.44	2	0.89	12	5.3
PLANETA RICA	567	6	1.06	6	1.06	85	15.0
PUEBLO NUEVO	293	2	0.68	2	0.68	32	10.9
PTO. ESCONDIDO	213	1	0.47	1	0.47	29	13.6
PTO. LIBERTADOR	343	0	0.00	4	1.17	22	6.4
PURISIMA	130	2	1.54	2	1.54	24	18.5
SAHAGUN	827	8	0.97	8	0.97	62	7.5
SAN ANDRES	463	4	0.86	4	0.86	66	14.3
SAN ANTERO	260	1	0.38	2	0.77	12	4.6
SAN BERNARDO	302	3	0.99	3	0.99	30	9.9
SAN CARLOS	223	1	0.45	3	1.35	40	17.9
SAN PELAYO	340	1	0.29	1	0.29	68	20.0
TIERRALTA	739	9	1.22	29	3.92	66	8.9
VALENCIA	336	1	0.30	1	0.30	34	10.1
<b>TOTAL</b>	<b>10040</b>	<b>80</b>	<b>0.80</b>	<b>116</b>	<b>1.16</b>	<b>1196</b>	<b>11.9</b>

### Alteraciones de la Salud Mental

Los resultados de la encuesta de salud mental 2006 mostraron que el 13,3% de los encuestados calificó como un probable cuadro ansioso, se estableció que el 5,1% de las personas presentan cuadros de ansiedad franca, quienes además de las manifestaciones, han sentido la necesidad de tomar medicamentos para estar tranquilos o conciliar el sueño.

El cuadro depresivo con ideación suicida se determinó en el 18,2% de las personas encuestadas; otras alteraciones de la depresión encontradas fueron cuadro depresivo con síntomas físicos asociados y el cuadro depresivo en el 1,2 y 0,4% respectivamente, a estos hallazgos se le suma la probabilidad de cuadro depresivo presente en el 1,2% de la muestra. De igual forma, la psicosis como patología muestra resultados significativos en el 47,4% de los encuestados.

Entre otros hallazgos se encuentra que el 50,1% de las mujeres presentan síntomas que sugieren la presencia de un trastorno de tipo psicótico, por encima de los hombres en donde los síntomas se detectan en el 44,8%.

Los resultados del cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28, sugerido en la valoración de la Salud Mental para detectar casos de nueva aparición, cuestionario auto administrado dividido en cuatro (4) sub-escalas se encuentra que en la sub-escala de Síntoma Somático se establecen la presencia de casos de nueva aparición en el 8,2% de los encuestados; con relación a la sub escala de Ansiedad e Insomnio el 10,2% manifiesta haber experimentado estos síntomas en tanto que el 7,4% se expresa la presencia de disfunción social siendo las mujeres las que expresan mayor problemática de disfunción social (8%) que los hombres (6,9%). En la Sub-Escala de depresión se establece la existencia de casos de nueva aparición en el 12,8% de la muestra siendo mas frecuente en mujeres (13,8%) que en los hombres (11,9%).

La detección del consumo de Alcohol, explorado desde la aplicación del CAGE Camuflado para evitar posturas defensivas o de rechazo, evidencio trastornos en el consumo de alcohol en el 13,7% de los encuestados, una prevalencia alta para el departamento siendo en el sexo masculino donde se presenta mayor proporción de dependencia al alcohol con el 14,7% frente a lo observado en mujeres con 12,2%.

El 51,3% percibe su familia como normo funcional, mientras que el 48,7% de los encuestados indican que existe disfunción, informándose disfunción grave en el 10,6% y leve en el 38,1%. De acuerdo al sexo no existen diferencias en cuando a la percepción de disfunción familiar.

## **Riesgos Asociados con la interacción del hombre con el medio ambiente**

### **Rabia**

En el departamento de Córdoba, los últimos casos de rabia humana y rabia canina fueron reportados en los años 1997 (2 casos en Cereté) y en 2001 un caso en Sahagun, respectivamente. No obstante lo anterior, existen diversas regiones en las que persisten múltiples factores de riesgo que pueden propiciar la reaparición de casos nuevos de rabia canina y por consiguiente, de rabia humana. Entre ellos la permanente notificación de rabia bovina, bajas coberturas de vacunación canina y felina (ver cuadro) y un significativo reporte de accidentes rábicos tanto en zona urbana como rural ocasionados por animales transmisores de rabia.

Lo anterior condiciona la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia y control de la rabia en todas las regiones del departamento, pero en especial aquellas donde existen mayores factores de riesgo para la transmisión

MUNICIPIOS	PROYECCION POBLACION CANINA	POBLACION VACUNADA	COBERTURA
AYAPEL	3235	2907	90
BUENA VISTA	2988	1717	57
CANALETE	1641	2892	176
CERETE	15464	6457	42
CHIMA	7703	3382	44
CHINU	10879	5776	53
CIENAGA DE ORO	4025	3153	78
COTORRA	2146	1960	91
LA APARTADA	1415	1148	81
LORICA	13790	9911	72
LOS CORDOBAS	1764	2324	132
MOMIL	1921	2161	112
MONTELIBANO	3823	6511	170
MOÑITOS	1585	1200	76
PTO. ESCONDIDO	1353	3093	229
PLANETA RICA	4262	5514	129
PUEBLO NUEVO	3580	4078	114
PTO. LIBERTADOR	4021	2889	72
PURÍSIMA	2271	2044	90
SAHAGUN	10423	11474	110
SAN ANDRES	6298	3023	48
SAN ANTERO	1149	2606	227
SAN BERNARDO	5324	1844	35
SAN CARLOS	1788	3027	169
SAN PELAYO	1360	4166	306
TIERRALTA	7730	7259	94
VALENCIA	2258	3524	156
<b>TOTAL</b>	<b>124196</b>	<b>106040</b>	<b>85</b>

#### Intoxicaciones:

Hasta la semana 52 de 2007, fueron reportados un total de 709 casos de intoxicación por diferentes fuentes, entre estas 245 (34.6%) corresponden a intoxicación por alimentos, 214 (30.2%) casos fueron producidos por otras sustancias químicas, 171 (24.1%) por plaguicidas, 69 (9.7%) por fármacos y 10 (1.4%) por solventes.

Los municipios que más reportaron casos de intoxicaciones fueron San Pelayo con 139, Sahagún con 134 casos, Montería con 98, Lórica con 73, Cereté con 59 casos, San Antero 38, Tierralta 37. Estos municipios reportan el 81.5% de todas las intoxicaciones, mientras que los municipios que permanecen silenciosos en la notificación de estos eventos son, Chinú, La Apartada, Momil y Purísima.

Por causa de intoxicación San Pelayo notifica el mayor numero de intoxicaciones por alimentos con el 63.1% del total, Montería notifica el mayor número de intoxicaciones por fármacos con el 27.5%, también las producidas por plaguicidas con el 29.2% y por solventes con el 80%, Sahagún notificó el mayor número de Intoxicaciones por otras sustancias químicas con el 38.3% de los casos.

### Accidente Ofídico

En el año 2007 disminuyó el número de accidentes ofídicos, en este año fueron 153 casos frente a 169 que fueron notificados en el 2006, esto representa una disminución de 9.4% en la notificación, en ambos años la notificación fue realizada por 22 municipios. En el 2007 los municipios de Buenavista, Chimá, San Bernardo, Moñitos, La apartada y Purísima fueron silenciosos para este evento, en tanto que los municipios que más notificaron accidente ofídico fueron: Montería con 21 casos (13.7%), Lórica con 20 (13.1%) Tierralta con 19 casos (12.4%), Puerto Libertador con 16 casos (10.5), Ciénaga de Oro con 15 casos (9.8%), Cotorra 10 casos (6.5%). Los municipios con menor reporte de casos fueron Ayapel, Cereté, Chinú, Momil, Puerto Escondido y San Pelayo con un caso cada uno.

En los municipios de Lórica y Cotorra se incremento el número de casos en el segundo semestre del año 2007 como consecuencia de las inundaciones ocurridas a partir del mes de junio, situación que incrementó la exposición de las personas a los ofidios.

### Accidentes laborales y enfermedad profesional

### Violencia y lesiones de causa externa

En el 2007 fueron reportados al observatorio del delito departamental 662 muertes violentas en el departamento de Córdoba. De acuerdo a la distribución por municipio, de Montería se reporta el mayor número de muertes violentas con el 25.7% del total de casos, seguido por Tierralta con el 11.9% y Montelibano con el 8.2%.

MUNICIPIO	Accidental		Homicidio		Suicidio		Transito		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%

Ayapel	2	2.8	14	3.8			4	2.2	20	3.0
BUENAVISTA	1	1.4	6	1.6			7	3.8	14	2.1
CANALETE			4	1.1			3	1.6	7	1.1
CERETE	4	5.6	5	1.4	2	5	17	9.2	28	4.2
CHIMA	1	1.4	1	0.3	1	2.5			3	0.5
CHINU			11	3.0			10	5.4	21	3.2
CIENAGA DE ORO			9	2.5	1	2.5	6	3.3	16	2.4
COTORRA	2	2.8	2	0.5			1	0.5	5	0.8
LA APARTADA	2	2.8	2	0.5	1	2.5	3	1.6	8	1.2
LORICA	7	9.7	8	2.2	2	5	10	5.4	27	4.1
LOS CORDOBAS			3	0.8	1	2.5	5	2.7	9	1.4
MOMIL	1	1.4					1	0.5	2	0.3
MONTELIBANO	7	9.7	43	11.7	1	2.5	3	1.6	54	8.2
MONTERIA	22	30.6	86	23.5	10	25	52	28.3	170	25.7
MOÑITOS	1	1.4	1	0.3			1	0.5	3	0.5
PLANETA RICA			12	3.3	2	5	20	10.9	34	5.1
PUEBLO NUEVO			13	3.6			7	3.8	20	3.0
PTO ESCONDIDO	1	1.4	4	1.1			1	0.5	6	0.9
PTO LIBERTADOR			36	9.8	1	2.5	4	2.2	41	6.2
PURISIMA							1	0.5	1	0.2
SAHAGUN	4	5.6	15	4.1	4	10	12	6.5	35	5.3
SAN ANDRES	2	2.8		0.0	3	7.5	2	1.1	7	1.1
SAN ANTERO			5	1.4	1	2.5	1	0.5	7	1.1
SAN BERNARDO	5	6.9	8	2.2	1	2.5			14	2.1
SAN CARLOS	1	1.4	2	0.5	1	2.5	4	2.2	8	1.2
SAN PELAYO	1	1.4	8	2.2	1	2.5	3	1.6	13	2.0
TIERRALTA	7	9.7	62	16.9	7	17.5	3	1.6	79	11.9
VALENCIA	1	1.4	6	1.6			1	0.5	8	1.2
Sin información							2	1.1	2	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>366</b>		<b>40</b>	<b>100</b>	<b>184</b>		<b>662</b>	

Fuente: Observatorio del Delito 2007

Durante el año 2007 se registraron 40 suicidios, de los cuales el 82,5% (33) corresponden al sexo masculino y el 17,5% (7) al femenino.

La tasa promedio por grupo de edad para el año 2007, fue del 9,5 por 100.000 para el grupo de 60 y mas años y de 4,7 por 100.000 para el grupo de 45 -64 años y de 3,43 por 100.000 para el grupo de 15 -44 años.

El municipio que registró el mayor número de suicidio fue Montería, con 10 casos, seguido de Tierralta con 7, Sahagún con 4, San Andrés de Sotavento 3, Planeta Rica, Cereté y Lórica con 2 casos respectivamente y Chimá, Ciénaga de Oro, La Apartada, Los Córdoba, Montelibano, Puerto Libertador, San Antero, San Bernardo, San Carlos y San Pelayo reportaron un caso.

Durante el periodo de estudio, el 40%, correspondiente a 16 casos se suicidio mediante el ahorcamiento, la ingesta de tóxicos y/o venenos en el 15%, por armas de fuego el 15%. No se pudo establecer el método en 12 casos.

Por sexo los hombres se suicidan preferentemente por ahorcamiento (32,5%) equivalente a 13 casos, seguidos de armas de fuego (6) e intoxicaciones 3 casos, correspondientes a 3 casos. Es importante anotar que ninguna mujer se suicidó utilizando armas de fuego.

Con relación al lugar donde ocurre el suicidio, no se pudo establecer el sitio exacto en 21 de los casos, correspondiente a 52,2%, en la vivienda ocurrieron el 42,5%, (17 casos), en la Vía Pública y Hospital ocurren 1 caso respectivamente.

Años	Número de casos
2004	57
2005	79
2006	83
2007	96

De la variable ocupación no se pudo establecer el dato en el 50% (20) de los casos, el 20% (8) de dedicaba a oficios varios, el 7,5% eran jornaleros, y el 2,5% equivalentes a un caso tenían como ocupaciones ama de casa, vendedor ambulante, estudiante, ganadero y moto taxista respectivamente.

Con relación a los intentos de suicidio, se han notificado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud del año 2004 – 2007 315 casos, con una tendencia ascendente en el número anual de casos.

En el año 2007 se reportaron 96 intentos de suicidio, de los cuales el 53.1% (51) corresponden al municipio de Montería, seguido de los municipios de Sahagún con el 22,9% (22) casos, Lórica con 17,7% (17) casos, Pueblo Nuevo y Tierralta con el 2.08% (2) casos cada uno y en menor porcentaje se encuentran los municipios de Planeta Rica y Chimá con el 1.04% (1) caso cada uno respectivamente.

Con relación al sexo se presentaron 66 casos en el sexo femenino, equivalentes al 68,7% y 30 en el sexo masculino que corresponden al 31,2%.

La tasa promedio por grupos de edad fue en el grupo de 15 – 44 años del 13,1 por 100.000 y de 1,78 por 100.000. Es importante resaltar que en el grupo atareo de 12 a 18 años se presentaron 42 intentos de suicidio.

De acuerdo a la procedencia de los casos, el 68,7% vive en la zona urbana y el 27% de la rural.

De acuerdo a la ocupación el 33,3% de los casos eran estudiantes, el 28,1% amas de casa, el 6,2% agricultores, el 31% se dedicaba a los oficios varios y no

realizaba ninguna ocupación respectivamente; el 2% se dedicaban a las ventas y como técnicos electricista respectivamente, el 1% se dedicaba a tareas tales como auxiliar contable, conductor, jornalero, ingeniero, mesero, médico, moto taxista, servicios domésticos y soldado. En el 11,4% no se pudo establecer la ocupación.

Con relación al método utilizado se encontró que el 92,7% de los casos intentaron suicidarse mediante la ingesta de tóxicos o venenos, el 2% utilizó arma blanca y en el 5,2% de los casos no se obtuvo información.

El 68,5% de las mujeres (61) intentaron suicidarse a través de la ingesta de tóxicos o venenos, mientras que solo el 31,4% de los hombres utilizó este método. Se encontró que el 50% de los hombres y de las mujeres utilizaron arma blanca como método para el intento de suicidio.

## **POBLACION EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD.**

### **MORTALIDAD**

El análisis de la mortalidad se basa en la información consolidada de los certificados de defunción DANE, año 2005. En este año se reportaron 4335 muertes para una tasa de mortalidad de 310 x 100.000 mil habitantes Para el análisis de la mortalidad se toma La distribución de la mortalidad por causa y sexo muestra en el año 2005 primera causa de mortalidad general entre 4335 muertes la enfermedad isquemia del corazón que contribuye con el 13.4% de las causas, seguido por las enfermedades cardiovasculares con el 10% de las causas, agresiones (homicidios) con el 4.7%, diabetes y enfermedades crónicas de vías respiratorias, no obstante los tumores malignos ocasionan 648 (15%) muertes.

En niños menores de 5 años las causas mas frecuentes de mortalidad son los trastornos respiratorios del recién nacido con el 25.6%, sepsis del recién nacido con 7.1%, deficiencias nutricionales y anemias con el 6.6%, la infección respiratoria aguda con el 6.1% y las enfermedades infecciosas intestinales con el 6.1%. El 52,7% de la mortalidad se produce en hombres.

## **DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

En la actualidad la oferta de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas permite satisfacer la demanda de atención en salud en todos los niveles de complejidad. No obstante, en alta complejidad aún existen

deficiencias en la oferta especialmente en el sector público. La oferta por grado de complejidad se observa en el cuadro N° -----

Los servicios que se prestan por parte de los prestadores son consulta externa, apoyo diagnóstico, servicios quirúrgicos, promoción y prevención, camas y salas de procedimientos quirúrgicos y salas de parto. Entre los servicios de baja complejidad el de mayor oferta es odontología general, seguido por medicina general y posteriormente enfermería. Entre los de mediana complejidad el de mayor oferta es medicina interna, seguido por ginecobstetricia, pediatría, cirugía general de baja complejidad que más se ofrece s el de medicina general

Tabla N°

PRESTADORES	COMPLEJIDAD					
	Baja		Media		Alta	
	N°	%	N°	%	N°	%
Profesionales Independientes	290	68.8	233	74.2		
Instituciones Prestadoras de Salud	104	24.7	67	21.3	11	84.6
Sedes	27	6.5	14	4.4	2	13.4
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>		<b>314</b>		<b>13</b>	

PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD AUTORIZADOS A POBLACION POBRE DEL DEPARTAMENTO. AÑO 2007

**PARTICIPACION SOCIAL**

## **PRIORIZACION DE PROBLEMAS**

- Bajas coberturas de afiliación al régimen subsidiado
- Deficiencia en la calidad de la oferta de servicios de salud por las IPS
- Alta incidencia de Dengue, Malaria, Leishmaniasis, Tuberculosis, e infección por VIH/SIDA.
- Altas tasas de mortalidad por enfermedades cardio-cerebro-vasculares, muertes violentas por homicidio y accidentes de tránsito.

En menores de 5 años, altas tasas de mortalidad IRA y EDA, desnutrición.

### **Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

## **POBLACION EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD.**

### **MORTALIDAD**

El análisis de la mortalidad se basa en la información consolidada de los certificados de defunción DANE, año 2005. En este año se reportaron 4335 muertes para una tasa de mortalidad de 310 x 100.000 mil habitantes Para el análisis de la mortalidad se toma La distribución de la mortalidad por causa y sexo muestra en el año 2005 primera causa de mortalidad general entre 4335 muertes la enfermedad isquémica del corazón que contribuye con el 13.4% de las causas, seguido por las enfermedades cardiovasculares con el 10% de las causas, agresiones (homicidios) con el 4.7%, diabetes y enfermedades crónicas de vías respiratorias, no obstante los tumores malignos ocasionan 648 (15%) muertes.

En niños menores de 5 años las causas mas frecuentes de mortalidad son los trastornos respiratorios del recién nacido con el 25.6%, sepsis del recién nacido con 7.1%, deficiencias nutricionales y anemias con el 6.6%, la infección respiratoria aguda con el 6.1% y las enfermedades infecciosas intestinales con el 6.1%. El 52,7% de la mortalidad se produce en hombres.

## DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

En la actualidad la oferta de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas permite satisfacer la demanda de atención en salud en todos los niveles de complejidad. No obstante, en alta complejidad aún existen deficiencias en la oferta especialmente en el sector público. La oferta por grado de complejidad se observa en el cuadro N° -----

Los servicios que se prestan por parte de los prestadores son consulta externa, apoyo diagnóstico, servicios quirúrgicos, promoción y prevención, camas y salas de procedimientos quirúrgicos y salas de parto. Entre los servicios de baja complejidad el de mayor oferta es odontología general, seguido por medicina general y posteriormente enfermería. Entre los de mediana complejidad el de mayor oferta es medicina interna, seguido por ginecología, pediatría, cirugía general de baja complejidad que más se ofrece es el de medicina general

Tabla N°

PRESTADORES	COMPLEJIDAD					
	Baja		Media		Alta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Profesionales Independientes	290	68.8	233	74.2		
Instituciones Prestadoras de Salud	104	24.7	67	21.3	11	84.6
Sedes	27	6.5	14	4.4	2	13.4
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>		<b>314</b>		<b>13</b>	

## PARTICIPACION SOCIAL

### PRIORIZACION DE PROBLEMAS

- Bajas coberturas de afiliación al régimen subsidiado
- Deficiencia en la calidad de la oferta de servicios de salud por las IPS

- Alta incidencia de Dengue, Malaria, Leishmaniasis, Tuberculosis, e infección por VIH/SIDA.
- Altas tasas de mortalidad por enfermedades cardio-cerebro-vasculares, muertes violentas por homicidio y accidentes de tránsito.
- En menores de 5 años, altas tasas de mortalidad IRA y EDA, desnutrición.

## ANEXOS CAUSAS DE MORBILIDAD

### MORBILIDAD EN CONSULTA POR SEXO PARA EL GRUPO DE EDAD DE 15 A 44 AÑOS. CÓRDOBA. AÑO 2007.

DESCRIPCION	MAS.	FEM.	TOTAL	%TOTAL
INFECCION DE VIAS URINARIAS.SITIO NO ESPECIFICADO	3537	12244	15781	5.3%
VAGINITIS AGUDA		8557	8557	2.9%
RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común)	1881	4846	6727	2.3%
CARIES DENTAL NO ESPECIFICADA	2202	4472	6674	2.3%
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	1292	4167	5459	1.8%
LUMBAGO, NO ESPECIFICADO	2137	3040	5177	1.7%
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	1339	3826	5165	1.7%
CEFALEA	1043	3707	4750	1.6%
CARIES DE LA DENTINA	1535	2988	4523	1.5%
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA	830	3585	4415	1.5%
<b>TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS 15 A 44 AÑOS</b>	<b>15796</b>	<b>51432</b>	<b>67228</b>	<b>22.6%</b>

### MORBILIDAD EN CONSULTA POR SEXO PARA EL GRUPO DE EDAD DE 45 A 59 AÑOS. CÓRDOBA. AÑO 2007.

DESCRIPCION	MAS.	FEM.	TOTAL	%TOTAL
HIPERTENSION ESENCIAL (Primaria)	2479	6332	8811	10.5%
INFECCION DE VIAS URINARIAS.SITIO NO ESPECIFICADO	1312	2847	4159	5.0%
LUMBAGO, NO ESPECIFICADO	1033	1698	2731	3.3%
RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común)	634	1410	2044	2.4%
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	455	1073	1539	1.8%
CEFALEA	306	1107	1413	1.7%
VAGINITIS AGUDA	1	1343	1344	1.6%
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	376	858	1234	1.5%
CARIES DENTAL NO ESPECIFICADA	426	740	1166	1.4%
PARASITOSIS INTESTINAL,SIN OTRA ESPECIFICACION	300	644	944	1.1%
<b>TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS 45 A 59 AÑOS</b>	<b>7322</b>	<b>18052</b>	<b>25385</b>	<b>30.3%</b>

### MORBILIDAD EN CONSULTA POR SEXO PARA EL GRUPO DE EDAD DE 60 Y MÁS AÑOS. CÓRDOBA. AÑO 2007.

DESCRIPCION	MAS.	FEM.	TOTAL	%TOTAL
-------------	------	------	-------	--------

HIPERTENSION ESENCIAL (Primaria)	6467	10481	16948	17.7%
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1834	1455	3289	3.4%
INFECCION DE VIAS URINARIAS.SITIO NO ESPECIFICADO	1447	1793	3240	3.4%
RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común)	888	1284	2172	2.3%
LUMBAGO, NO ESPECIFICADO	955	1095	2052	2.1%
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	757	736	1493	1.6%
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA.NO	686	638	1324	1.4%
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	488	765	1254	1.3%
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE	335	843	1178	1.2%
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	576	598	1174	1.2%
<b>TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS 60 Y MAS AÑOS</b>	<b>14433</b>	<b>19688</b>	<b>34124</b>	<b>35.6%</b>

**MORBILIDAD EN CONSULTA POR SEXO PARA TODOS LOS GRUPO DE EDAD. CÓRDOBA. AÑO 2007.**

DESCRIPCION	MAS.	FEM.	TOTAL	%TOTAL
HIPERTENSION ESENCIAL (Primaria)	10043	19468	29511	4.0%
INFECCION DE VIAS URINARIAS.SITIO NO ESPECIFICADO	8062	19155	27217	3.7%
RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común)	10216	14326	24542	3.3%
PARASITOSIS INTESTINAL,SIN OTRA ESPECIFICACION	7383	9014	16397	2.2%
FIEBRE,NO EPECIFICADA	6904	6793	13697	1.9%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6523	6428	12951	1.8%
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	4300	7830	12130	1.6%
CARIES DENTAL NO ESPECIFICADA	4147	7016	11163	1.5%
VAGINITIS AGUDA	3	10883	10886	1.5%
LUMBAGO, NO ESPECIFICADO	4293	5995	10288	1.4%
<b>TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS TODOS LOS GRUPOS DE EDAD</b>	<b>61874</b>	<b>106908</b>	<b>168782</b>	<b>22.9%</b>

**RESULTADOS GLOBALES EN LOS 14 MUNICIPIOS**

En términos generales, el factor de riesgo para enfermedad coronaria observado con mayor frecuencia en la población evaluada (n= 763) fue el sedentarismo con el 32.11% (n= 245), seguido por la historia familiar de eventos coronarios con el 25.3% (n= 193) de las personas, contrariamente los trastornos de la glucosa como factor de riesgo para enfermedad coronaria fue observado en 1.97% (n= 15). Ver tabla

<i>Factor de riesgo</i>	<i>Numero</i>	<i>%</i>
Historia familiar de eventos coronarios	193	25,29
Consumo de cigarrillos	88	11,53
Hipertensión	104	13,63
Hiperlipidemia	140	18,35
Trastornos de la Glucosa	15	1,97
Obesidad	93	12,19
Sedentarismo	245	32,11
Nivel de ansiedad	87	11,40

Total encuestados	763	100
-------------------	-----	-----

Con relación a los grados de riesgo al 66.4% (n= 508) se clasificó en bajo riesgo, en tanto que a un 32% (n= 245) se clasificó en mediano riesgo y solo a 1.575 (n= 12) se clasificó en alto riesgo de padecer enfermedades coronarias.

<i>Grado de riesgo</i>	<i>Numero</i>	<i>%</i>
riesgo bajo	508	66,41
riesgo medio	245	32,03
riesgo alto	12	1,57
	765	100

'6&86, İ1\_\_

Se ha demostrado que existe relación entre las diferentes enfermedades bucales y la edad. Esta relación se pone de manifiesto en el consultorio, donde se demostró que en los grupos de edad infantil es más frecuente encontrar las caries y las mal oclusiones y en los adultos, de 35-59 años, la enfermedad periodontal comienza sus manifestaciones más severas, agravándose aún más después de los 60 años con la consiguiente pérdida dentaria, así como los trastornos apreciables de la ATM.

Con relación al sexo se ve que en las edades tempranas existe un predominio del sexo masculino, mientras que a partir de 15-34 años se invierte esta proporción siendo el sexo femenino el que más se destaca, de forma general existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino en nuestro consultorio. Estadísticamente a nivel mundial y nacional existe un predominio de nacimiento de

8 varones que de hembras a medida que avanzan las edades, la población masculina tiende a disminuir producto de un exceso de morbilidad del sexo masculino.

(2,4)

La Tabla 2 presenta la distribución de las personas según la ocupación que realizan, observándose que la categoría ocupacional más frecuente es la de trabajadores con un 44.3 %, seguida de los estudiantes con 24.7 %, lo cual guarda relación con los grupos de edad que están laboralmente activos o vinculados al estudio. La ocupación constituye una condición de conducta importante, ya que generalmente una tercera parte de la vida la emplea el hombre trabajando y puede constituir una amenaza a la salud cuando no se regulan los componentes que integran el proceso laboral.(6)

Muchas enfermedades bucales están relacionadas con la ocupación y se condicionan por los factores que rodean el puesto de trabajo, así como hay aspectos de la ocupación que conllevan a malos hábitos. Dentro de los factores ocupacionales que pueden generar alteraciones bucales se encuentra el estrés; causa y evolución de alteraciones bucales como el bruxismo, enfermedad periodontal, aftas, GUNA, disfunciones de la articulación temporomandibular, entre

otras.

En la Tabla 3 se puede apreciar el nivel de escolaridad alcanzado por la población estudiada, catalogándose de instruida puesto que predomina el nivel técnico medio o preuniversitario y universitario con un 36.1 % y un 23.0 %, en total el 59.1 % de la población se encuentra en estos niveles. Esta variable sociodemográfica es importante ya que influye en el proceso enseñanza-aprendizaje

del individuo, cuando la escolaridad de un individuo es baja, esto contribuye a la falta de comprensión de las medidas de prevención y control de la salud, entorpece la comunicación social, lo que constituye un factor de riesgo.

(3,4)

Mientras más alto sea el nivel de escolaridad mayor serán los logros obtenidos, alcanzándose resultados positivos en la población en cuanto a cambios de actitudes, motivación, nivel de conocimiento en lo referente a las enfermedades bucales, hábitos de higiene, etc. De ahí que en nuestra población podremos

9

obtener resultados alentadores dados su condición de población instruida con las capacidades necesarias para entender y llevar a cabo las actividades de promoción de salud y prevención y de esta manera saberlas transmitir a la familia y a la comunidad, mejorándose de esta forma el estado de salud de la población.

El estado de la piel y las mucosas se evaluó en esta población, a través del examen extraoral en el estado de la piel se encontró que la población del consultorio no presentaba ninguna alteración de la misma. Si lo comparamos con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de 1998, la cual recoge que solo el 1.6 % de la población presentaba algún tipo de alteración, (5) se corrobora que estas manifestaciones son poco frecuentes en la población cubana.

El estado de la mucosa se evaluó a través del examen intrabucal, donde se encontró que existe poca prevalencia e incidencia de las lesiones de la mucosa bucal con 1.8 %; los pacientes más afectados son los mayores de 60 años y la lesión más frecuente es la Estomatitis subprótesis con 7 pacientes para un 1.6 %, debido a desajustes de la prótesis, higiene bucal inadecuada y hábitos de dormir con las mismas, sobre todo en los pacientes portadores de prótesis con base acrílica, relacionándose esto con los estudios de Bosh y Cairo Iturroz. (5)(11)

Le sigue en orden la leucoplasia con 1 paciente para un 0.2 % encontrándose en el grupo de 35-59 años, propiciado por el hábito de fumar fundamentalmente.

(8) Diferentes estudios realizados en nuestro país demuestran que la frecuencia de aparición de las lesiones de la mucosa bucal es baja y que la edad más afectada son los mayores de 60 años. (5,11)

En la Encuesta Nacional de Salud bucal en 1995 se encontró que el 9 % de la población mayor de 65 años presentó algún tipo de lesión de la mucosa intrabucal. En la de 1998 el 5 % del total de la población examinada se encontraba afectada y en el grupo de 65 años y más, el 11 % tenían algún tipo de lesión, siendo en orden de aparición las más frecuentes las úlceras (37.2 %), la estomatitis su prótesis (19 %) y la leucoplasia (6.3 %). (11)

La Tabla 4 nos presenta el estado de la articulación temporomandibular según grupo de edad, encontrándose diferencias significativas, donde del total de

pacientes examinados; el 89.5 % no presentaban alteración y solo presentaron

10

alteraciones de la ATM un 10.4 %, siendo el grupo más afectado el de mayores de 60 años con un 22.9 %. Estos resultados demuestran que las alteraciones de la ATM se incrementan con la edad, lo cual está dado fundamentalmente por las grandes pérdidas dentarias que se presentan a estas edades y que alteran el patrón neuromuscular, dentario y oclusal provocando nuevas interferencias que repercuten en la articulación, ligado a otros factores como los psicológicos (estrés) y hereditarios que se ven agravados con la edad. (8)

Aunque algunos autores plantean que las alteraciones de la ATM son mucho más frecuentes como la Organización Panamericana de la Salud, que en 1998 encontró que más del 50 % de la población examinada padecía del síndrome de disfunción, (9) los resultados obtenidos en este estudio se corresponden con los recogidos en las encuestas nacionales y locales de salud bucal realizadas en los años 1991, 1995 y 1998, los cuales arrojaron 10.9 %, 15.8 % y 8 % de personas afectadas respectivamente, coincidiendo en estas encuestas que el grupo más afectado era el de 60 años y más. (11)

De forma general, según los datos recogidos en la literatura internacional, se estima que entre el 5 % y el 12 % de la población mundial padece de disfunción de la articulación temporomandibular en algún momento de su vida y que a medida que aumenta la edad se observa un incremento de personas afectadas. (9)

El estado de la dentición primaria o temporal, índice de ceo, muestra valores bajos, ya que los niños comprendidos en el grupo de edad de 0-4 años, están libres de caries y es a partir de los 5 años donde aparecen las mismas y el valor del índice ceo se eleva discretamente a 0.8 debido a la componente o (obturación) con un valor de 0.5, por lo que puede considerarse que la población infantil de esta área presenta una situación muy favorable respecto a los valores de este índice, debido a la correcta y constante aplicación de los programas nacionales de prevención de la caries dental.

Estos datos se corresponden con los publicados en el año 1995 en la Encuesta Básica de Salud Bucal donde el índice de ceo en la zona occidental era de 1.4 (5) y en la realizada en el año 1998, el índice ceo fue de 0.7. Para el año

11

2005 se propone que los niños de 5 a 6 años presenten un ceo igual a 1.2 para un 65 % de niños libres de caries. (11)

Estos valores no son alcanzados en otros países donde a pesar de tomarse medidas de prevención, los índices de ceo obtenidos difieren de los de Cuba, como en Colombia que alcanzó un índice de 3.0 en el año 1998 y en el 2000 de 2.6, y en México que en el año 2001 alcanzó índices de 3.0 en zonas bajas y de 1.5 en zonas altas, destacándose la acción eficaz y preventiva del flúor no solo para la caries dental, sino también para la enfermedad periodonto. (8,9)

La Tabla 5 muestra el estado de la dentición permanente, índice de COP, según grupos de edad y la prevalencia de caries en la población mayor de 12 años. El valor del índice COP se incrementa con la edad y después de los 35 años se eleva mucho más a expensas de la cantidad de dientes perdidos en estas edades por el avance de la enfermedad parodontal, por ello el COP como indicador de la prevalencia de caries pierde significado en los grupos por encima

de los 35 años.

El componente C (cariados) del índice muestra valores que van desde 0.3 hasta 1.5 en los diferentes grupos de edades, así como el componente O (obturados) que van desde 0.6 a 3.2, aunque debe tenerse en cuenta que en las edades avanzadas disminuye el número de dientes presentes en boca.

Se observa también que los valores del componente P (perdidos) experimenta un salto notable desde 0.2 en el grupo de edad de 12-14 años a 18.7 en el grupo de 60 años y más; este comportamiento pudiera estar relacionado con el desconocimiento y falta de motivación de estas personas de edad avanzada por mantener el adecuado cuidado y conservación de sus dientes libres de caries y exentos de enfermedad parodontal, además de la aplicación deficiente de los programas de promoción y prevención de salud bucal a estas edades.

Una consideración especial merece el grupo de edad de 12-14 años que presenta un índice COP de 1.1 por debajo de la meta nacional propuesta para el año 2005 que es de un índice COP igual a 1.2 considerándose un logro, resultado

del trabajo constante y mantenido en las labores de promoción de salud y prevención de la caries dental.

Haciendo un recuento de los resultados obtenidos en nuestro país en años anteriores se observa una considerable disminución en cuanto a los valores del índice de COP desde 7.3 en 1969 hasta 1.8 en 1995 y de 1.6 en 1998. (11)

Si comparamos estos resultados con el COP de otros países en los finales de la década del 80, observamos que era similar o menor que en los Estados Unidos (COP = 2.0), Australia (COP = 2.1), Suecia (COP = 3.4), Chile (COP = 6.3), México (COP = 4.4) y Colombia (COP = 4.8). (9) En el año 2000 se observa una disminución del índice de COP en este último país a 2.6. (10)

&21\_&/86,21(6\_

1. En el Consultorio estudiado, la población está en vías de envejecimiento con predominio del sexo femenino. Con relación a la ocupación el comportamiento de la comunidad favorece la actividad productiva, con una población fundamentalmente obrera y vinculada al proceso laboral; y en cuanto a la escolaridad, el nivel de instrucción se puede catalogar de mediano a alto, predominando el nivel preuniversitario o técnico medio.

2. El estado de la A.T.M. es bastante bueno, así como el estado de la piel y las mucosas, por cuanto en la población estudiada las alteraciones no son de gran magnitud, aunque existen diferencias significativas en los distintos grupos de edades.

3. En cuanto a la caries dental en la dentición temporal el índice de ceo es bajo; en la permanente es alto, modificándose a expensas del número de obturaciones y de dientes perdidos.

13

5()(5(1&,\$6\_%,%/,2\*5È),&\$6\_\_

1. Reyes U. La lucha contra la caries dental en el contexto histórico universal. Acta Odontológica Venezolana, 1996; 34(2): 28-31.

2. Barnes D. Programa de salud oral. OMS. Año Internacional de Salud Bucal. OMS; Ginebra, 1994, p. 24-29.

3. Dotres Martínez C. Salud y municipios: desafíos y contribuciones en los albores del siglo XXI. II Congreso de Direcciones Municipales de Salud en Las Américas; 2 de junio de 1997, Ciudad de la Habana. Washington: OPS: p.2.
4. Toledo Curbelo GJ, Carballoso Hernández M, Cruz Acosta A. Generalidades de salud pública y estado de salud de la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999, p.75-82.
5. Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M. Estado de salud bucal de la población cubana, 1995. Rev cubana Estomatol 1999; 37(3):217-29.
6. Sancho L. Enfermedades bucodentales. Incidencias y riesgo. Rev. del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Las Palmas. España 1998 junio; 3: p.1-3.
7. Encuesta de Salud Bucodental. Métodos básicos. 4 ed. Ginebra: OPS-OMS; 1997, p. 5-35.
8. Jacnos Brown L. Un glorioso logro para la Estomatología Americana. JADA, 1997; 118(2):179.
9. Organización Panamericana de la Salud. La salud en Las América. Washington: OPS; 1998; 1(569): 202-9.
10. Pucci F, Ramos Nazar MI, Ghione S. Programa prioritario de salud bucal. Montevideo: Editorial Random Mandadori; 1997: 56-58.
- 14
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1999:p. 16-7.

Prohibida su reproducción o comercialización

Nombre de archivo: Documento1  
Directorio:  
Plantilla: C:\Documents and Settings\usuario1\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dotm  
Título:  
Asunto:  
Autor:  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 21/07/2009 07:36:00 a.m.  
Cambio número: 1  
Guardado el:  
Guardado por: USUARIO  
Tiempo de edición: 0 minutos  
Impreso el: 21/07/2009 07:37:00 a.m.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 41  
Número de palabras: 14.495 (aprox.)  
Número de caracteres:71.316 (aprox.)