

**FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
JUAN. N. CORPAS
ANUARIO DE INVESTIGACIONES**



2012

Tabla de Contenido

<i>Introducción</i>	8
<i>Trabajos de estudiantes de cuarto año de medicina, Escuela de Medicina Juan N. Corpas, 2012</i>	12
Eventos de notificación obligatoria inmediata en la clínica Juan N. Corpas Ltda., Bogotá, 2011	13
Lesiones de causa externa por armas cortopunzantes atendidas en la Clínica Juan N. Corpas Ltda., 2009 - 2010.....	14
Rabia y exposición rábica en Colombia, 2006 a 2011.	15
Morbilidad en el hospital San Antonio de Padua del municipio de la Plata, Huila, 2011	17
Trauma de cabeza y cuello en Bogotá, 2010 a 2011.....	19
Complicaciones en el trabajo de parto en La Clínica Juan N. Corpas Ltda., Bogota, 2009.	20
Leishmaniasis en Colombia, 2008–2010	22

<i>Trabajos de residentes de las especialidades médicoquirúrgicas, Escuela de Medicina Juan N. Corpas, 2012.....</i>	<i>26</i>
Cambios faciales secundarios a pérdida masiva de peso en pacientes llevados a cirugía bariátrica, Hospital Universitario Clínica San Rafael, 2010- 2011.....	27
Caracterización del primer episodio psicótico agudo y estabilidad diagnóstica a los dos y cinco años de los pacientes que ingresaron a la Clínica Nuestra Señora de la Paz, 2004 a 2005.....	29
Comportamiento del agua corporal total y la tensión arterial en pacientes adultos en hemodialisis en la unidad renal del Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, 2011	31
Patrones de crianza y su relación con enfermedad mental en menores de 18 años, Bogotá, 2011.....	33
Tasa de curación en el tratamiento local del carcinoma basocelular con infiltración local de interferón alfa recombinante en pacientes con alto riesgo quirúrgico tratados en el hospital universitario Clínica San Rafael, 2009-2010	36
Funcionamiento familiar en estudiantes de bachillerato de la institución educativa femenina Silveria Espinosa de Rendón de Facatativá, 2010-2011.....	38
<i>Trabajos de estudiantes de la especialidad Sistemas de garantía de calidad y auditoría médica, Escuela de Medicina Juan N. Corpas, 2012</i>	<i>40</i>

Comparación del porcentaje de pacientes que consultaron por intento de suicidio a la empresa social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá, Cundinamarca, Colombia, 2010 a 2011.....	41
Prevención de embarazos no deseados en adolescentes escolarizados de 13 a 19 años de edad del colegio José Antonio Galán de Puerto Boyacá, 2011	44
Morbilidad y mortalidad en mujeres gestantes atendidas en una Clínica Materno Infantil de Bogotá, 2011	47
Anormalidades citológicas e incidencia de papiloma virus humano en el cuello uterino, Hospital de Suba E.S.E II Nivel, Bogotá, 2010-2011.....	49
Prevalencia de parasitosis intestinales en pacientes atendidos en el centro de salud de San Francisco, Cundinamarca, Colombia, 2007-2011.....	51
Infecciones relacionadas con la atención en salud en la unidad de recién nacidos de la Clínica de la Mujer, Bogotá, 2006 a 2012.....	53
Estado nutricional en menores de cinco años de los hogares comunitarios de Bienestar Familiar modalidad tradicional, Barrancabermeja, Santander, 2010 a 2011.	55
Condiciones de trabajo y salud de trabajadores del sector informal, localidad de Usaquén, Bogotá, 2011.....	57
Mortalidad materna en el departamento de Bolívar, 2000 a 2011	59
Infecciones asociadas al cuidado de la salud en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Hospital Universitario Mayor, Bogotá, 2010 a 2011	61

Morbilidad y mortalidad en urgencias del hospital Regional de Sogamoso, E.S.E. Sogamoso, 2007-2010.....	63
Comparación de la mortalidad y la morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de un año en Bogotá y Quibdó, 2008 a 2010.....	65
Varicela en menores de 14 años en el Distrito Capital, 2006 a 2008.....	67
Comportamiento del accidente ofídico en los departamentos de Amazonas, Caquetá y Vaupés, 2007 a 2010.	69
Determinantes sociales y económicos que influyeron en la seroprevalencia de cisticercosis en el departamento de Risaralda, según la encuesta nacional del proyecto “situación actual de la cisticercosis en Colombia”, 2008-2010	72
Zoonosis en Colombia, 2000–2009	74
Caracterización de la población infantil referida como trabajadora en las localidades chapinero, barrios unidos y teusaquillo, Bogotá, 2011.....	76
Plan de salud SALUDVIDA EPS, 2011.....	78
Plan de salud territorial Municipio de Aguazul, Casanare, 2008 a 2011.....	81
Evaluación del plan de salud territorial municipio de Agua de Dios, Cundinamarca, 2008 a 2011.....	84
Plan local de salud, municipio de Güicán, Boyacá, 2006.	86
Plan de salud entidad promotora de salud: SALUD TOTAL EPS, régimen contributivo, Bogotá D.C.....	88

Plan de Salud Territorial de Fusagasugá, 2009.	90
Plan territorial de salud del municipio de San Luis de Sincé, 2008 a 2011.....	92
Plan de salud territorial de Viani, Cundinamarca, 2008-2011.	95
Plan de salud del municipio Trinidad, Casanare, 2008 a 2011.....	98
Plan de salud territorial del municipio de Hato Corozal, Casanare, 2008 a 2011.....	101
Plan de salud territorial, Flandes, Tolima, 2008-2011	104
Plan de salud territorial municipio de Caloto, Cauca, 2008 a 2011	108
Plan de salud del municipio de la Calera, Cundinamarca, 2007.....	111
Plan territorial de salud del municipio de Cajicá, Cundinamarca, 2012 a 2016.....	113
Plan de salud Territorial del municipio de Leticia, Amazonas, 2008 a 2011.....	115
Plan integral de desarrollo de salud mental del Distrito Capital, Colombia, 2011.	118
Plan de Salud Territorial municipio de Orocue, 2012.	120

Anuario de investigaciones 2012

Introducción

En el Plan Educativo Institucional, en lo referente a la identidad institucional, indica "... formar individuos que contribuyan a la solución de los problemas del país... apoyada en líneas de investigación coherentes con su entorno científico, ético, estético, social, político y económico... con el fin de materializar la investigación y el aprovechamiento de los recursos naturales del país y las bondades de las plantas medicinales".

En la Visión institucional, dice..."ser una institución que genere a través de sus líneas de investigación, soluciones pertinentes y efectivas a los problemas que afectan a la sociedad, al individuo, a la familia y a la comunidad".

En concepción y políticas de la investigación dice..."la institución considera más pertinente la investigación que surge de la problemática real y se proyecta hacia soluciones viables, razonables y convenientes.

Para efecto de su aplicación al interior de la Institución, en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas se comprende la **Investigación pertinente** como la "Investigación en contexto dirigida a la adquisición de conocimientos nuevos útiles para la comunidad en la cual trabajamos, que aporten a su desarrollo en cualquiera de sus esferas (biológicas, psicológicas, sociales, culturales, experimentales,

ecológicas-ambientales, económicas), sobre la base de la tecnología apropiada y proporcionando nuevos enfoques que procurasen un entendimiento de las realidades científicas, sociales y culturales de la salud, la educación y las artes, aportando al desarrollo herramientas diagnósticas y terapéuticas, que contribuyan a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la sociedad en un ámbito global.

El aprendizaje de la investigación pertinente va de la mano de la educación médica pertinente en diferentes escenarios de la docencia- servicio; en la Escuela de medicina los educandos hacen investigación social en desarrollo de sus actitudes en medicina comunitaria la cual enriquece las posibilidades de contacto real con miembros de las comunidades de adultos mayores en “Ancianatos o Centros día”, con los habitantes de la calle, con población en condición de desplazamiento, con escolares niños y adolescentes de instituciones educativas del distrito, con niños atendidos por madres comunitarias en Centros del Bienestar Familiar, con miembros de la comunidad en diversos ambientes, en los cuales se trabaja con los educandos en investigaciones descriptivas de diferentes características, favoreciendo el aprendizaje en contexto y su productividad en el trabajo, asumiendo con solvencia cualquiera de los nuevos paradigmas y sus posibles implicaciones al momento de aplicar sus conocimientos en su trabajo actual y futuro con las comunidades.

En otro ámbito, el aprendizaje de la investigación pertinente en la Escuela también se hace en los escenarios clínicos en los cuales los educandos participan o hacen investigaciones orientadas hacia las áreas directamente relacionadas con la clínica, fundamentalmente con estudios descriptivos o participando en investigaciones coordinadas por los docentes desarrollando revisiones de temas, preparando proyectos o participando en su diseño, ejecutando los

proyectos o participando en su desarrollo, preparando publicaciones científicas, haciendo fundamentalmente estudios descriptivos de diferentes características y en diferentes ambientes de la prestación de los servicios en las instituciones con convenios de docencia servicio o en instalaciones como el DANE o el Instituto Nacional de Salud, favoreciendo el aprendizaje en el contexto de los eventos clínicos prioritarios en los servicios, las instituciones, las regiones o el país, favoreciendo el aprendizaje en contexto y la producción de conocimiento al servicio de las instituciones y del país.

Desde sus inicios, en la Institución, el trabajo de investigación y desarrollo en plantas medicinales ha sido pertinente porque se orienta al estudio riguroso de plantas autóctonas y no autóctonas, requerido para su constitución como “medicamento”, abordando temas propios de la botánica y la biología que aportan al uso médico de la planta, incorporando todas las áreas de la farmacología general aplicadas a los fármacos de obtención natural, es decir, fotoquímica, farmacocinética, farmacodinamia, farmacotoxicología, fisiofarmacología, farmacia y la farmacoterapéutica como resultado del desarrollo de las anteriores. Profundiza en su estudio, procurando que su aplicación este presentada en el pensamiento crítico y la revisión sistemática de la información disponible, orientados a construir y fortalecer la evidencia científica, que aun es débil en muchas áreas de la farmacología vegetal.

Para este fin, la Escuela de medicina tiene la línea de investigación en Farmacología vegetal, la cual en su desarrollo, cumpliendo sus objetivos y fortaleciendo se desarrollo, trabaja en un convenio de cooperación con el grupo de investigación en inmunobiología y biología celular de la Universidad Javeriana en la búsqueda de fármacos antitumorales con base en especies vegetales colombianas.

Pròlogo

Uno de los pilares de la Universidad es la investigación en real contexto; La escuela de medicina Juan N. Corpas dirige sus esfuerzos en investigaciones hacia la adquisición de conocimiento nuevo, útil para su comunidad, para las regiones y para el país, en razón de los cual orienta a la comunidad de educandos, de docentes y de funcionarios del área administrativa en la búsqueda de aportes y soluciones en el contexto local, regional o nacional.

Un documento que recoge en resúmenes los resultados de diferentes tipos de investigaciones, es esencial para dar a conocer la diferentes áreas de trabajo en las cuales la Escuela de medicina ha hecho aporte; no es un documento exhaustivo, porque recoge lo que ha sido conocido por el Centro de Investigaciones y por el Comité de Investigaciones hasta ahora, pero en la medida en que se obtengan más datos sobre los procesos de investigación en la Escuela, se enriquecerá este esfuerzo que se hará cada año.

Incluimos los resúmenes de trabajos completos quedando por fuera otros que por diferentes razones no pudieron completarse; esperamos que este documento, además, sea un incentivo para que se registren en el Centro de Investigaciones las investigaciones que a todo nivel se hagan en las instituciones adscritas por todos sus miembros.

Bogotá, diciembre de 2010

*Trabajos de estudiantes de cuarto año de
medicina, Escuela de Medicina Juan N.
Corpas, 2012*

Eventos de notificación obligatoria inmediata en la clínica Juan N. Corpas Ltda., Bogotá, 2011

Diego Fernando Rodríguez, Shirley Paublin Rivera, María Camila Rodríguez, Diana Carolina Tibocha

Objetivos específicos: describir las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar los principales eventos de notificación inmediata en la clínica Juan N. Corpas Ltda., establecer la frecuencia de notificación inmediata del sistema de vigilancia de salud pública, identificar el proceso de notificación y las características de las fichas epidemiológicas.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la Clínica Juan N Corpas durante el año 2011; los datos se tomaron de las fichas de notificación obligatoria SIVIGILA; los principales resultados se midieron con incidencias.

Resultados: En el año 2009 se registraron 1 690 casos de enfermedades de notificación obligatoria, de los cuales 57 correspondieron a eventos de notificación inmediata; los eventos más frecuentes fueron rubeola con 25 casos (el 23,9 %) y sarampión con 21 (el 36,8 %); en los casos de sarampión se encuentra que el 33.3% tenía un año de edad, el 9.5% estaba entre los 4, 5 y 9 años, el 4,8 % de los pacientes tenía 16 o más años de edad; el 67% de la población es de sexo masculino, el 16% de los casos de rubeola reportados corresponden a niños de 4 años de edad, luego un 12% correspondiente a edades entre los 12 meses y 2 años de edad, el 8% tenían 7 años y 8 % eran mayores de edad.

Conclusiones: los eventos de notificación obligatoria inmediata más frecuentes fueron rubeola y sarampión se encuentra en el desconocimiento de los protocolos de manejo establecidos para tal fin.

Lesiones de causa externa por armas cortopunzantes atendidas en la Clínica Juan N. Corpas Ltda., 2009 - 2010.

Catalina Agatón, Lina Alvarado, Eddier Avendaño, Edgar Barrios.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar la frecuencia de las lesiones, determinar el estado de los pacientes al egreso y medir la mortalidad.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la población que ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Juan N Corpas con heridas por arma cortopunzante en los años 2009 y 2010, los resultados se midieron como incidencia tipo proporción y tasa de mortalidad.

Resultados: la Clínica Juan N Corpas atendió 129 pacientes heridos por arma cortopunzante entre 2009 y 2010, 121 de sexo masculino para 93,8 %; el promedio de edad fue de 32 años; 72 casos fueron atendidos en 2009 y 57 en el 2010; la mayor incidencia fue el mes de diciembre de 2009 con 16 casos. Las condiciones en las cuales se presentó el evento fueron robo en 65%, riñas bajo efectos del alcohol o sustancias psicoactivas en 35%. El 36% de los pacientes requirió de alguna intervención quirúrgica, con la toracotomía en el 52,8 %; las complicaciones post-operatorias fueron atelectasias en 11,1 % y neumotórax en el 8 %; durante el periodo no hubo muertes.

Conclusiones: las heridas por arma corto punzante se relacionaron con eventos de violencia de tipo robo o riñas callejeras en población económicamente activa.

Rabia y exposición rábica en Colombia, 2006 a 2011.

Diana Milena Acosta, Nury Natalia Bello, María Alejandra Espinosa,
Henry Steeven White

Objetivos específicos: definir las características demográficas y sociales en la exposición a rabia en Colombia, medir la frecuencia de rabia humana y animal en Colombia, establecer la frecuencia de accidentes y exposiciones a rabia en Colombia, determinar y analizar los posibles factores predisponentes para la rabia en Colombia, identificar las características del seguimiento de los casos, establecer las características del seguimiento de los animales domésticos que causan los accidentes y las exposiciones rábicas.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo cuya población en estudio fue la población con rabia y exposición rábica entre los años 2006 a 2011 en el territorio colombiano. Los datos se obtuvieron de las páginas web del Instituto Nacional De Salud; los resultados principales se midieron como incidencia tipo proporción.

Resultados: de 188 946 exposiciones rábicas que se registraron durante el periodo en estudio se confirmaron por laboratorio 14 casos de rabia humana, seis en la región Caribe, cuatro en la región Andina y cuatro en la Pacífica. El 75 % de los casos fue en hombres; el grupo de edad con mayor número de casos (cinco) fue el de 15 a 44 años. En los años 2006 al 2011 se incrementó el control para erradicación de la rabia animal en ciudades lo cual llevo a una disminución de la tasa de rabia animal, reportándose 41 casos entre el 2006 y el 2007 y seis entre el 2008 y el 2011. Los departamentos con incidencia de rabia animal alta (mayor de 0,07 por 100 000 habitantes) fueron Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cesar, Magdalena, Santa Marta, Santander, Putumayo y Boyacá.

Conclusiones: la rabia animal y humana es un problema de salud pública que refleja las malas condiciones sociales y culturales del país.

La consulta oportuna y un tratamiento adecuado y a tiempo ante un accidente o una exposición rábica pueden prevenir la enfermedad

Morbilidad en el hospital San Antonio de Padua del municipio de la Plata, Huila, 2011

Marien Leonela Pérez, Andrea Palacios, Natalya Palmar, Carlos Roberto Quiñones

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población estudio, medir la morbilidad en pacientes que asisten al hospital San Antonio de Padua en La Plata (Huila), establecer eventos que originan morbilidad, identificar posibles factores riesgo, establecer las posibles discapacidades en atención salud en el municipio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos del registro individual de prestación de servicios (RIPS) del Hospital San Antonio De Padua (La Plata, Huila) durante el año 2011. Los resultados principales se midieron como prevalencia e incidencia

Resultados: las principales causas de morbilidad atendidas en urgencias fueron fiebre no especificada con el 34 %, dolor abdominal con el 30 %, gastroenteritis con el 14 %; en consulta externa como principal patología se encuentra hipertensión arterial con el 29,5 % y en el servicio de hospitalización la Infección de vías urinarias ocupa el primer lugar con el 41 %. Las principales causas de morbilidad en orden de frecuencia por grupos de edad, fueron en menores de cinco años enfermedades infecciosas del tracto respiratorio superior con el 88 %, en pacientes de cinco a 14 años enfermedades dentales con el 61 %, en la población adulta en atención de urgencias, gastroenteritis con un 13,1 % y la hipertensión arterial en los pacientes de consulta externa con un 83 %.

Conclusiones: las enfermedades más frecuentes en esta institución fueron las enfermedades respiratorias infecciosas en niños menores de cinco años, enfermedades dentales en niños y jóvenes de cinco a 14 años y gastroenteritis e hipertensión arterial en adultos.

Mortalidad en pacientes atendidos en el Hospital de Suba, ESE segundo nivel, Bogotá, 2007- 2011

William David Arregoces, Lorena Cárdenas Ospina, María Paola Correa, Óscar Iván Bonilla

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia, los factores de riesgo y las causas de las muertes ocurridas en el hospital de suba ESE segundo nivel durante los años 2007 a 2011, determinar las muertes evitables en el hospital de Suba en el periodo en estudio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la población atendida en el Hospital de Suba en los años 2007-2011, tomando los datos registrados en el sistema de información del hospital. Los principales resultados fueron medidos como tasas de mortalidad.

Resultados: la mortalidad en la localidad de Suba oscila entre 3,01 y 3,14 casos x 100 000 habitantes; la edad más frecuente de muerte estuvo entre 44 y 60 años con predominio en varones; los factores de riesgo identificados fueron traumatismo, obesidad y tabaquismo; las primeras causas de mortalidad fueron la enfermedad coronaria, el accidente cerebrovascular, el homicidio, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, la diabetes, la neumonía. En cuanto a la mortalidad evitable, en el periodo en estudio se presentaron 39 casos de mortalidad materna, 1140 casos de mortalidad infantil, 11 casos de mortalidad por EDA en menores de 5 años y 81 casos por ERA.

Conclusión: la mayoría de las muertes producidas en la localidad de Suba se producen a causa de eventos evitables.

Trauma de cabeza y cuello en Bogotá, 2010 a 2011

Luis Carlos Bermúdez, Jair Orley Borda, Ginna Carolina García,
Cristian Eduardo Niño

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, cuantificar los casos de trauma de cabeza y cuello atendidos en Bogotá en el periodo en estudio, determinar la frecuencia de la mortalidad por estas causas, identificar los eventos que causaron el trauma, determinar la frecuencia de las lesiones fatales y no fatales en accidentes de tránsito, establecer el número de casos de violencia interpersonal.

Metodología: se desarrolló un estudio descriptivo retrospectivo con la población que sufrió trauma físico en Bogotá durante los años 2010-2011; los resultados principales se midieron como incidencias.

Resultados: la mayor causa de trauma en Bogotá durante los años 2010 y 2011 fueron las agresiones violentas en hombres, presentándose 10 204 afectados en el año 2010 y 10 777 en el 2011; los domingos y las noches fueron los horarios en los cuales se presentó el mayor número de muertes por accidentes de tránsito; la principal mortalidad en este tipo de accidentes se generó por traumatismo intracraneal con el 38,3 % en el 2010; el mayor número de muertes en el 2010 lo presentaron quienes sufrieron accidentes en motocicleta con 2 665; el mayor número de muertes en el 2010 lo presento Cundinamarca con 3 974 casos, seguida por Bogotá con 3 164 casos. En lesiones interpersonales el mayor número de muertes en el 2010 lo presentó el grupo de los 20 a 24 años con 26 534 casos; el principal mecanismo de lesión fue el traumatismo contundente con 75 347 casos en el 2010 y el principal agresor fue “otros conocidos” con 81 809 casos en el 2010.

Conclusión: los accidentes motociclisticos nocturnos y en fines de semana presentaron la mayor mortalidad dentro de los accidentes de tránsito.

Complicaciones en el trabajo de parto en La Clínica Juan N. Corpas Ltda., Bogota, 2009.

Stephanie Arguello, Luisa M. Barragan, William Barrera, Gustavo A. Bernal, Diana Borray.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, determinar la frecuencia de las complicaciones maternas durante el trabajo de parto, identificar y clasificar los posibles factores de riesgo que pueden incidir en la presencia de complicaciones maternas durante el trabajo de parto.

Metodología: se realizó un estudio retrospectivo con las mujeres atendidas por parto en el año 2009 en un hospital de tercer nivel de la localidad de Suba (Bogotá). Los datos se midieron por prevalencias, incidencias tipo proporción y tasas de mortalidad.

Resultados: en la Clínica Juan N Corpas Ltda. se atendieron 2489 partos el año 2009; el estrato socioeconómico en el momento del parto de la población fue estrato 3; el tipo de partos con mayor atención fue el vaginal con un 62,1 %, con un 91,6 % de partos espontáneos. Las complicaciones que se presentaron fueron hemorragia postparto, infección puerperal e inversión uterina; en parto vaginal la mayor frecuencia fue hemorragias postparto con el 1 % y en parto por cesárea fue la infección puerperal con 1,2 %; la hemorragia postparto se presentó con mayor frecuencia en las madres de 16 a 34 años con el 90,4 % y la infección puerperal fue más frecuente en las mayores de 35 años con un 62,5 %.

Conclusiones: la mayor prevalencia por tipo de parto en la clínica Juan N. Corpas Ltda., fue el parto vaginal, las pacientes en su mayoría fueron de estrato socioeconómico 3, la complicación posparto más frecuente fue la hemorragia posparto.

Cáncer de cuello uterino en pacientes que acuden a consulta externa en la clinica Juan N. Corpas Ltda., Bogotá, 2009

Xandra Milena Baquero, Adriana Paola Buitrago, Mayerly Casas
Lopez. Octavo

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar la incidencia de cáncer de cérvix en las pacientes que asisten a consulta externa en la Clínica Juan N. Corpas.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en las pacientes a quien se le realizaron citologías vaginales, colposcopia e histerectomía en la Clínica Juan N. Corpas Ltda. Los datos se midieron como prevalencia.

Resultados: la población fue de 1859 citologías, el 75,3 % fueron lesiones intraepiteliales de bajo grado, conformadas por virus del papiloma humana(VPH) sin neoplasia el 17,4 % y con neoplasia cervical intraepitelial I el 57,9 %; el 24,7 % fueron lesiones intraepiteliales de alto grado, conformadas por neoplasia cervical intraepitelial II el 20,6 % y neoplasia cervical intraepitelial III el 3,9 %; el grupo de edad con predominio de todas las lesiones fue el de 21 a 30 años con un 23,1 %.

Conclusiones: la lesión que mas se presenta en el total de resultados de colposcopias y citologías revisados es la neoplasia cervical intraepitelial I y todas las lesiones son mas frecuentes en el grupo de edades entre los 21 y 30 años de edad.

Leishmaniasis en Colombia, 2008–2010

Linda S. Bermúdez, Derly R. Bernal, Mary Luz Correal, Natalia Cuervo

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de leishmaniasis visceral, leishmaniasis mucosa y leishmaniasis cutánea en Colombia, identificar los tipos de leishmaniasis por regiones de Colombia, identificar los vectores de leishmaniasis en Colombia y establecer la mortalidad por leishmaniasis en Colombia

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población rural de Colombia; los datos fueron obtenidos de las base de datos del DANE y el instituto Nacional de Salud. Los datos se midieron como prevalencia.

Resultados: los casos de leishmaniasis cutánea en mayor número el año 2008 fueron registrados en Guaviare, en el 2009 en Meta y en el 2010 en Guaviare. La Leishmaniasis mucosa registró en el 2008 el mayor número en Guaviare, en el 2009 en Caquetá y en el 2010 en Guaviare. La Leishmaniasis visceral en el 2008 se registró el mayor número en Bolívar, en el 2009 en Guaviare y en el 2010 en Córdoba. La Leishmaniasis cutánea se presenta con mayor frecuencia en Antioquia, Amazonas y Boyacá; la leishmaniasis mucosa se presenta con mayor frecuencia en Amazonas, Caquetá y Guaviare y la leishmaniasis visceral se presenta con mayor frecuencia en Bolívar, Córdoba y Huila. El incremento de los casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea se atribuye a la migración, a la presencia de grupos armados y a los cambios en el comportamiento de los vectores, a los factores climáticos o con actividades humanas que favorecen la colonización del vector en nuevos ambientes.

Conclusiones: La Leishmaniasis cutánea se presenta con mayor frecuencia en Antioquia, Amazonas y Boyacá; la leishmaniasis mucosa se presenta con mayor frecuencia en Amazonas, Caquetá y Guaviare y la leishmaniasis visceral se presenta con mayor frecuencia en Bolívar, Córdoba y Huila.

Mortalidad en niños entre uno y cuatro años en Colombia, 2000 – 2008

Camila Cárdenas Tavera, Nury Castellanos Ortiz.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de la mortalidad en niños de 1 a 4 años en Colombia, identificar los eventos que causan la mortalidad en los niños, establecer los años de vida potencialmente perdidos en este grupo de edad, identificar la mortalidad evitable en este grupo

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población de uno a cuatro años en Colombia, los datos se obtuvieron de la base de datos del DANE. Los datos se midieron como tasa de mortalidad.

Resultados: las causas de mortalidad más frecuentes en los niños de un año fueron la infección respiratoria aguda con 1731 casos, las deficiencias nutricionales con las anemia nutricionales y las malformaciones congénitas con 1128 casos, el ahogamiento y sumersión accidental con 995 casos; de dos a cuatro años se mantiene la infección respiratoria aguda con 1144 casos, el ahogamiento con 965 casos y malformaciones congénitas con 855 casos; Vaupés tuvo la mayor tasa de mortalidad por 10 000 en el 2000 con 372, seguida por Guainía con 239, Vichada con 150 y Choco con 144; en el año 2002 la mayor tasa fue en Arauca con 221 seguido de Vaupés con 187 y Choco con 166; en el 2004 Vaupés con 271 fue la mayor tasa de mortalidad, en el 2005 Vaupés continua con la mayor tasa en 372, seguido de Guainía con 239 y Choco con 144; en el 2006 Arauca con 221, Vaupés con 187, Choco con 166 y Guajira con 142; en el 2007 Vaupés con 271, Guainía con 219 y Choco con 138.

Conclusiones: Vaupés, Guainía y Choco son los departamentos que en el periodo 2000 al 2008 mantienen las mayores tasas de mortalidad en el país. La mortalidad infantil ha presentado en los últimos doce años una reducción importante en Colombia.

*Trabajos de residentes de las
especialidades médicoquirúrgicas,
Escuela de Medicina Juan N. Corpas, 2012*

Cambios faciales secundarios a pérdida masiva de peso en pacientes llevados a cirugía bariátrica, Hospital Universitario Clínica San Rafael, 2010- 2011.

Silvia R. Cardona Cote.

Objetivos específicos: establecer las medidas antropométricas y cefalométricas de tejidos blandos antes de cirugía bariátrica y 3 o 6 meses posteriores a la cirugía en pacientes con pérdida masiva de peso secundaria a tratamiento quirúrgico por obesidad mórbida, identificar los cambios faciales subjetivamente mediante la observación de fotografías previas a la pérdida masiva de peso con las tomadas a los 3 o 6 meses después de la cirugía bariátrica y comparar la evaluación subjetiva realizada por dos observadores experimentados.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo de serie de casos, en el Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR), en pacientes mayores de 18 años llevados a cirugía bariátrica desde Octubre de 2010 hasta Abril de 2011, que aceptaron voluntariamente participar y que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados se midieron como proporciones.

Resultados: la población inicial fue de 36 pacientes, de los cuales 19 cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar; el promedio del peso inicial fue de 115,9 Kg, con un índice de masa corporal promedio de 43,8 catalogado como obesidad mórbida o clase III; la pérdida de peso fue de 21 %, logrando reducir en el índice de masa corporal 9,2 en promedio. El promedio de edad fue de 41 años; se completó el seguimiento fotográfico a 12 pacientes, conformados por 4 hombres (33 %) y 8 mujeres (67 %); todos los pacientes recibieron recomendaciones nutricionales por parte del cirujano bariátrico tratante; el 42 % de la población recibió control por nutricionista, de los cuales el 50 % fueron llevados a bypass

gástrico y recibieron dicho control nutricional; el 25 % fueron valorados por psiquiatría en el postoperatorio, el 100 % (12) de la población recibió multivitamínicos, uno de los pacientes presentó un hematoma intraabdominal que requirió manejo con drenaje quirúrgico; del total, una mujer presentó reflujo gastroesofágico como patología asociada durante los meses del postoperatorio. Los principales cambios en las medidas cefalométricas de tejidos blandos ocurrieron en el ángulo de la convexidad facial (G1-Sn-Pg'), ángulo cervicofacial (Sn-Gn'-C) y ángulo nasolabial (Cm-Sn-Ls), los cuales presentaron aumento en el 67 %, 58 % y 42 % de la población en estudio respectivamente; el surco mentolabial presentó una disminución en siete pacientes (el 58 %); hubo ausencia de cambios en la proyección de los labios superior e inferior y en la relación de los labios con el mentón.

Conclusiones: los tercios medio e inferior fueron los que más cambios presentaron con 83 % y 92 %. En las medidas antropométricas horizontales, hubo reducción del ancho frontal (Ft-Ft) en el 58 %, del ancho facial (Zy-Zy) en el 81 %, del ancho nasal (al-al) en el 100 % y del ancho mandibular (Go'-Go') en el 100 % de la población estudiada.

Caracterización del primer episodio psicótico agudo y estabilidad diagnóstica a los dos y cinco años de los pacientes que ingresaron a la Clínica Nuestra Señora de la Paz, 2004 a 2005.

Elizabeth Arteaga Silva, Jannette Godoy Espinosa

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, determinar el inicio de los síntomas y el tiempo de consulta, determinar el diagnóstico posterior de los pacientes con primer episodio psicótico agudo, establecer la estabilidad diagnóstica a los dos y cinco años del primer episodio.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a los paciente que ingresaron por urgencias a la Clínica Nuestra Señora de la Paz, con diagnóstico de episodio psicótico agudo, trastorno psicótico agudo, trastorno psicótico breve y otros trastornos psicóticos, entre el 1 de enero de 2004 y 31 de diciembre de 2005 con posibilidad de seguimiento a dos y cinco años; los datos obtenidos se midieron con incidencias tipo proporción y prevalencia.

Resultados: en el periodo de estudio se atendieron 9221 pacientes, de los cuales 234 recibieron diagnóstico de episodio psicótico agudo, trastorno psicótico agudo, trastorno psicótico breve y otros trastornos psicóticos; se hizo seguimiento a 82 pacientes, por medio de controles en la institución y ubicación telefónica; el grupo de edad con mayor frecuencia fue el de 14 a 44 años con 77 %; el sexo femenino predominó con un 52 %; el 62 % de la población son bachilleres y universitarios; el 76 % correspondió a un evento agudo, el 86 % católicos, el 48 % trabajaba y de estos el 21 % eran estudiantes, el 60 % estaban solteros o separados; el 77 % procedían de Bogotá y Cundinamarca, el 70 % tenían adecuada apariencia, el 55 % fueron colaboradores; estaban conscientes en un 86 %, orientados globalmente en un 67 %, con trastorno de atención un 52 %,

alteraciones del afecto en un 78 %, alteración en la velocidad de pensamiento en un 35 %, el 79 % con ideas delirantes, 53 % con alteraciones sensoperceptivas. Los diagnósticos de egreso fueron principalmente episodio psicótico agudo y trastorno afectivo bipolar tipo I; el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar tiene una alta prevalencia en la población en estudio a los dos años de seguimiento con un 35 %.

Conclusiones: el diagnóstico de episodio psicótico agudo es un diagnóstico transitorio. Los diagnósticos definitivos surgen luego de un proceso de observación, tanto por clínicos, como por terceros, respuesta y refractariedad al tratamiento, obtención de datos completos de la historia clínica y nuevos datos aportados por el paciente. Se deben tener en cuenta las comorbilidades que hay en psiquiatría, las cuales pueden disfrazar un adecuado diagnóstico.

**Comportamiento del agua corporal total y la tensión arterial en
pacientes adultos en hemodialisis en la unidad renal del Hospital
Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, 2011**

Juan Carlos Castillo

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, describir el comportamiento de la tensión arterial, determinar el número de medicamentos antihipertensivos que recibieron los pacientes e identificar comorbilidades relacionadas con la insuficiencia renal crónica terminal.

Metodología: se realizó un estudio transversal en la población de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal atendidos en la consulta externa de nefrología del. Los datos se midieron como prevalencia.

Resultados: se obtuvo 49 pacientes con un promedio de edad de 55 años, con mínimo de 26 y máximo de 84 años. El 47 % mujeres y el 53 % hombres. Las patologías asociadas fueron hipertensión arterial con 73 %, diabetes mellitus tipo 2 con 35 %, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 con 35 %, agenesia renal con 6 %, causa no clara de insuficiencia renal crónica terminal 6 %, hiperuricemia 2 %, enfermedad renal poli quística 2 %, cáncer uterino 2 % y glomerulonefritis rápidamente progresiva 2 %. El 43 % del tratamiento que reciben los pacientes es únicamente con control del agua corporal total, el 31 % reciben un medicamento antihipertensivo, el 22 % reciben dos antihipertensivos, el 2 % recibe tres antihipertensivos y el 2 % recibe cuatro. Los pacientes con agua corporal total menor a 50 % representan el 45 % del total y los que tienen agua corporal total mayor a 50 % son el 51 %; en 4 % no se obtuvo información del % de agua corporal total. Los pacientes con agua corporal total menor al 50 % que no reciben antihipertensivos son el 18 %, los que reciben un antihipertensivo son el 14 %, los que

reciben dos antihipertensivos son el 10 % y los que reciben cuatro antihipertensivos son el 2 %. Los pacientes con agua corporal total mayor a 50 % que no reciben antihipertensivos equivalen al 22 % (11 pacientes), que reciben un antihipertensivo son el 16 % (ocho pacientes) y los que reciben dos antihipertensivos son el 12 % (seis pacientes).

Conclusiones: el estado hídrico de los pacientes en hemodiálisis puede ser diferente, aún si ellos son manejados por el mismo grupo médico. La normo hidratación determinada con la Bioimpedanciometría puede ser alcanzada en todos los pacientes incidentes y prevalentes de un centro de hemodiálisis. La reducción de la sobrecarga hídrica, hipertensión y medicamentos antihipertensivos, es posible, con una lenta pero progresiva disminución del peso postdiálisis de pacientes sobre hidratados.

Patrones de crianza y su relacion con enfermedad mental en menores de 18 años, Bogotá, 2011.

Katherine Parra Sánchez

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer relación entre patrones de crianza erráticos y la existencia de enfermedad mental, identificar cuales patrones de crianza son empleados con mayor frecuencia en las poblaciones estudiadas, identificar diagnósticos psiquiátricos presentados con mayor frecuencia en relación con los patrones de crianza inadecuados, establecer posible comorbilidades a la enfermedad mental.

Metodología: se realizó un estudio casos y controles, en la población menor de 18 años atendida en la Clínica Nuestra señora de la Paz; se calculó una muestra de 80 pacientes para cada grupo, con una confiabilidad de 95 %, un poder de 80 % y una prevalencia de exposición esperada para los casos de 0,6 y para los controles de 0,3; los datos se obtuvieron de las historias clínicas de la Clínica y una encuesta para los controles. Los datos de midieron como prevalencias.

Resultados: Se obtuvo 93 casos y 93 controles, con una media de edad entre los casos de 12,7 años y entre controles 13,7 años; el intervalo de edades entre los casos estuvo entre los 2 y los 18 años y entre los controles entre 8 y 18 años; se encontró un caso de un menor de dos años con Autismo; el pico de edades fue entre los 15 y 16 años con un 20,4 %, los controles tuvieron el pico de edad en los 16 años con un 24,6 %; la escolaridad de los casos se encontró desde jardín infantil con un 8,6 % hasta grado 11º, encontrándose la media

en el grado 10º con un 21,5 % y un 8,6 % de los casos se encontraban desescolarizados; los controles se encontraron desde 3º de primaria hasta 11º con una media en 9º con un 22,5 %; el 61,2 % fueron de consulta externa de psiquiatría infantil y el 38,7 % fueron de hospitalización. Ambos grupos viven principalmente con su núcleo familiar; los casos muestran un 43 % y los controles un 55,9 %, de igual manera en un segundo puesto entramos la convivencia con los abuelos, los casos con 32,2 % y los controles con 23,6 %; en el grupo de los casos fueron cuidados esencialmente por los padres con un 52,7 %, por abuelos en un 20,4 % y otros con un 18,2 %; para el grupo de controles, con los padres con un 30,1 %, con los abuelos con el 27,9 % y otros con un 26,8 %; el grupo de pacientes presentan un colecho con los padres de un 76,3 % y un 23,6 % no lo presentan, en el grupo de controles se presentan colecho en 51,6 % y no lo presentan en un 48,3 %, con un OR de 3,03 con IC de 0,95 (1,54-5,96). Según los criterios descritos, los casos cumplen criterios de disfunción en un 83,8 % mientras los controles los cumplen en un 33,3 %, con un OR de 10,4 con IC 0,95 (4,90-22,39); los casos presentaron un 5,3 % de depresión del adolescente frente a un 3,2 % en los controles; trastornos adaptativos, trastorno afectivo bipolar y trastornos conversivos presentan en los casos 5,4 % contra un 0 % en los controles; los trastorno de las emociones se presentaron en un 30,1 % en los casos, frente a un 0 % en los controles; por ultimo, el trastorno depresivo mayor se presento en un 8,6 % en los casos frente a un 1,07 % en los controles. Lo anterior muestra un amplio espectro de presentación de trastornos afectivos en los pacientes tomados como casos; en cuanto a los diagnósticos en el Eje II, se presenta un 8,6% de casos de Retardo mental moderado, 2,14 % de casos de rasgos de personalidad de grupo A y 3,2 % de rasgos de grupo B en los casos; es claro que no es posible hacer diagnósticos de personalidad antes de los 18 años, es por esto que se toman como

rasgos, no se presentaron diagnósticos del Eje II en los controles; en el Eje III, el síndrome convulsivo fue el diagnostico mas alto con un 3,2 % en los casos, sin diagnósticos en los controles.

Conclusiones:La desautorización de las normas entre los padres, la no imposición de normas y limites claros, la posición ambivalente frente a los castigos, colecho y antecedentes de intentos suicidas, están asociados con la aparición y permanencia de la enfermedad mental en niños no relacionada con patologías de origen biológico.

**Tasa de curacion en el tratamiento local del carcinoma
basocelular con infiltracion local de interferon alfa
recombinante en pacientes con alto riesgo quirúrgico tratados
en el hospital universitario Clínica San Rafael, 2009-2010**

Eduardo Orozco Díaz

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, determinar la tasa de curación en el tratamiento del carcinoma basocelular con aplicación local de interferón alfa 2b cuyas morbilidades constituyan un alto riesgo quirúrgico y estético, determinar los resultados estéticos obtenidos posteriormente a la aplicación local de interferón alfa, en paciente con diagnostico de carcinoma basocelular, identificar posibles efectos adversos secundarios a la aplicación intralesional de interferón alfa en pacientes con diagnostico de carcinoma basocelular.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo prospectivo, en pacientes del Hospital Universitario Clínica San Rafael del servicio de cirugía plástica, con diagnostico de carcinoma basocelular en los años 2009-2010; los datos se midieron como prevalencia.

Resultados: Se recolectaron un total de 14 pacientes (ocho hombres, seis mujeres), con una edad media de 71 años; se trataron un total de 17 lesiones; dos pacientes fueron descartados ya que el registro fotográfico no se completo y uno de ellos murió por causas naturales que no permitió el seguimiento por el periodo de un año. Se realizo tratamiento a 17 tumores basocelulares, de los cuales ocho fueron de tipo nodular, tres de tipo nodular adenoideo, tres de tipo nodular trabecular, dos tumores de tipo nodular micronodular, un tumor de tipo trabecular. La localización más frecuente fue el parpado inferior con cinco pacientes, canto interno con cuatro pacientes, vertiente nasal con tres pacientes, ala nasal con un paciente, cola de ceja en un

paciente, pabellón auricular en un paciente. La lesión más pequeña presento un tamaño de 3x4 mm y la más grande un tamaño de 22x35 mm con un intervalo de 9.2x7.4 mm. En 15 lesiones se utilizó una dosis total de 13 500 000 UI y en dos lesiones una dosis de 27 000 000 UI. Se realizó control histológico mediante biopsia de la lesión; en nueve muestras reportaron elastosis solar, en cuatro reportaron fibrosis cicatricial, en tres reportaron carcinoma basocelular nodular, en un paciente reportaron queratosis actínica. De las 17 lesiones se encontró curación de 14 lesiones en el 83,4 % y el 16,6 % de los pacientes se encontró presencia de tumor, por lo cual fueron llevados a cirugía. La mejoría clínica de las lesiones se encontró en el control a partir de las seis semanas de finalizado el tratamiento intralesional. La aplicación intralesional de interferón no se relaciono con síntomas mayores, ni con complicaciones despues de la infiltración.

Conclusiones: el tratamiento con interferón f2-alfa es efectivo en pacientes con diagnostico de carcinomas baso celulares de bajo grado, con alto riesgo quirúrgico con una tasa de curación de 83,4%. La aplicación intralesional de interferón no se relaciono con síntomas mayores, ni con complicaciones despues de la infiltración.

Funcionamiento familiar en estudiantes de bachillerato de la institución educativa femenina Silveria Espinosa de Rendón de Facatativá, 2010-2011

Ingry Alexandra Junco, Ana Catalina Mejía

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer el grado de funcionalidad familiar en la población del proyecto Mujer 20/20 utilizando el instrumento FACES IV de manera que sirva como referente para otros estudios, identificar el grado cohesión, flexibilidad y comunicación en la relación del sistema familiar en la población estudio.

Metodología: se realizó un estudio transversal, en La población en estudio son las alumnas de 6o a 11o grado, matriculadas en la institución educativa femenina municipal Silveria Espinosa de Rendón del municipio de Facatativá y sus familias. Los datos se midieron como prevalencias y razón de prevalencias.

Resultados: Participaron 587 personas en el estudio; el grupo de edad que más aportó participantes fue el del grupo de 10 a 19 años, de los 587 participantes el 69 % fueron del sexo femenino; el 44 % de los encuestados tienen un nivel educativo de secundaria incompleta, seguido por el 21 % con secundaria completa, el 49 % de los participantes no reciben ingresos, el 28% recibe entre uno y dos salarios mínimos y el 20% recibe menos de un salario mínimo; los miembros de la familia que más participaron en el estudio fueron los hijos con el 60 % seguidos por las madres con el 29 %; el 42 % de los encuestados vive con sus padres, seguido de un 35 % que vive con su pareja e hijos; un 1 % vive solo; el 48 % de los encuestados son

solteros; en la dimensión de cohesión, el 49 % de los participantes se encuentran muy conectados lo cual expresa los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí; en la dimensión de flexibilidad el nivel “muy flexibles” es del 62 %, encontrando habilidad para asignar tareas y actividades y una adecuada estructuración de la familia (jerarquía) estando en el nivel equilibrado, La escala de rigidez que mide el extremo inferior de la escala de Flexibilidad, que representa el liderazgo, asertividad, control, disciplina, estilos de negociación, relaciones de papeles a desempeñar y reglas relacionales, lo cual indica que la percepción de la familia por cada individuo es que en el 27% las familias son flexibles y en un 73% consideran que existe necesidad de mayor flexibilidad.

Conclusiones: en las familias del estudio, se encontró un alto grado de funcionalidad familiar del 82,7 %. Para la población estudiada, el bajo nivel socio económico no fue un factor determinante del adecuado funcionamiento familiar; antes bien, podría ser un factor que incite a la unidad y la cohesión familiar.

*Trabajos de estudiantes de la especialidad
Sistemas de garantía de calidad y
auditoría médica, Escuela de Medicina
Juan N. Corpas, 2012*

Comparación del porcentaje de pacientes que consultaron por intento de suicidio a la empresa social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá, Cundinamarca, Colombia, 2010 a 2011.

Rosa Nelly Bayona, Vilma Ramírez, Carlos Samuel Rosado

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, determinar el número de usuarios con diagnóstico de intento de suicidio en la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá, comparar planes de intervención en salud aplicados en mayor proporción a nivel nacional con los planes de atención aplicados en la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el total de usuarios con diagnóstico de intento de suicidio en el primer semestre del año 2010 y el primer semestre del año 2011 que asistieron a la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Facatativá. Los datos se midieron como incidencia tipo proporción.

Resultados: durante el primer semestre del 2010 la E.S.E Hospital San Rafael de Facatativá atendió en urgencias un total de 9 080 pacientes, 15 de los cuales ingresaron por intento de suicidio (el 0,16 %); para el primer semestre de 2011 se atendieron en urgencias 9 881 pacientes de los cuales 45 ingresaron por intento de suicidio (el 0,45 %); predominaron los pacientes de sexo masculino con porcentajes de 66 % y 60 % respectivamente. En el primer semestre del año 2010 el grupo más afectado fue el de 20 a 29 años con el 60 % mientras que en el primer semestre del año 2011 fue el grupo de 10 a 19 años con el 54 %; pertenecían al nivel socioeconómico 1 el 80 % de los casos en el 2010 y el 68 % en el 2011; los diagnósticos predominantes en el 2010 fueron envenenamiento autoinfligido intencionalmente y efecto tóxico de sustancias con 10 casos (el 66 %) y en el 2011 fueron efecto tóxico de plaguicidas y efecto tóxico de sustancias con 16

casos (el 39 %); el motivo del intento de suicidio prevaleció el 2010 los problemas de pareja con el 42 % y para el 2011 el motivo de intento de suicidio en mayor porcentaje fue el conflicto con la familia con el 34,1 % seguido de la ruptura de noviazgo con el 31,7 %.

Conclusiones: de los grupos atendidos en la institución, los más afectados fueron el de 20 a 29 años y el de 10 a 19 años; los diagnósticos predominantes fueron envenenamiento autoinflingido intencionalmente y efecto tóxico de sustancias.

*Trabajos de estudiantes de la
especialización en gerencia en salud,
Escuela de Medicina Juan N. Corpas,
2012*

**Prevención de embarazos no deseados en adolescentes
escolarizados de 13 a 19 años de edad del colegio José
Antonio Galán de Puerto Boyacá, 2011**

Paula Andrea Bohórquez, Nohora Elena Montoya

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar las condiciones que determinan el comportamiento sexual de los jóvenes, establecer condiciones que puedan involucrar a los jóvenes en proyectos de vida productivos, identificar formas de prevención que comuniquen de manera directa y clara los medios para evitar un embarazo no deseado y el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, identificar espacios que involucren a los jóvenes en actividades que contribuyan a un mejor manejo del tiempo libre para incentivar el desarrollo normal de la adolescencia, identificar los factores que contribuyen a que un adolescente inicie vida sexual a temprana edad.

Metodología: se realizó un estudio de prevalencia, en la población adolescente de 13 a 19 años del colegio José Antonio Galán de Puerto Boyacá; previa autorización del Colegio y de los padres se aplicó una encuesta a quienes aceptaron voluntariamente participar. Los datos se midieron como prevalencias.

Resultados: la población fue de 315 personas, las cuales fueron distribuidas 40,3 % en el grupo de 15 a 16 años, 39,7 % en el de 13 a 14 años y 20 % en el de 17 a 19 años; el 50,2 % mujeres y el 49,2 % hombres; el 47,2 % tienen un hogar disfuncional; el 46,8 % del total habían tenido relaciones sexuales, un 80 % entre los 13 y 16 años; el 51,7 % tuvo su primera relación sexual entre los 14 y 15 años, el 46 %

antes de los 14 años y el 19 % a los 16 años; el 35 % no utilizó método de anticoncepción, el 55,2 % uso el preservativo de los cuales el 57,1 % manifestó que es un método seguro y ofrece satisfacción (el 10,9 %), los demás argumentaron que es incómodo (el 10,1 %), no ofrece satisfacción (el 13,4 %) y no le gusta usarlo (el 7,6 %); la edad promedio a la cual recibió educación sexual fue a los 12 años (el 25 %), el 32,6 % la recibió entre los 7 y 11 años, el 5,8 % no entendió la información, el 68 % si la entendió. El 45,1 % habla de sexo libremente, el 18 % con sus padres y el 2,0 % lo hace con sus profesores; el 13,4 % no se atreve a tocar el tema con nadie. El 5,6 % de las mujeres quedaron embarazadas, el 8,9 % de ellas si quedara embarazada pensaría en abortar como una opción en la solución del problema. Un 83,5 % no ha pensado aún cuando tener un hijo. En cuanto al manejo del tiempo los jóvenes lo dedican en mayor proporción a ver la televisión, a la internet o a no hacer nada.

Conclusiones: el 47,2 % de los adolescentes en estudio tienen un hogar disfuncional; el 46,8 % del total habían tenido relaciones sexuales, un 80 % entre los 13 y 16 años; el 51,7 % tuvo su primera relación sexual entre los 14 y 15 años, el 46 % antes de los 14 años y el 19 % a los 16 años; el 35 % no utilizó método de anticoncepción.

*Trabajos de estudiantes de la
especialización en epidemiología,
Escuela de Medicina Juan N. Corpas,
2012.*

Morbilidad y mortalidad en mujeres gestantes atendidas en una Clínica Materno Infantil de Bogotá, 2011

Astrid Rojas Suarez, Amparo Sastoque Díaz

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, identificar las causas de morbilidad materna extrema en las gestantes de la Clínica Materno Infantil en el año 2011, Identificar las características y atributos que inciden en el desarrollo de la morbilidad materna extrema, identificar las patologías más frecuentes en las gestantes con complicaciones en la gestación.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las gestantes o en puerperio atendidas en la Clínica Materno Infantil que presentaron alguna causa de morbilidad materna extrema durante el año 2011. Los datos fueron obtenidos de las fichas de notificación de la Secretaria Distrital de Salud y la aplicación de la encuesta institucional de vigilancia de morbilidad materna extrema al egreso de las pacientes. Los principales datos se midieron como incidencia y prevalencia.

Resultados: se atendieron 6 888 gestantes; 384 mujeres que corresponden al 5,6 % presentaron complicaciones durante el periodo de gestación; la edad mínima de las pacientes con complicaciones fue 14 años y máxima de 46 años; el 17 % de pacientes eran mayores de 35 años y el 13 % menor de 20; el 88,5 % provenía de zona urbana; el 43 % estaban casadas y el 38,1 % vivía en unión libre; todas pertenecían a régimen contributivo; el 41,4 % eran de estrato dos o tres, el 12 % de estrato tres o cuatro; el 51,6 % estaban en puerperio y el 48,8 % eran gestantes; el 56,2 % de los embarazos no fueron planeados, el 57,8 % manifestó tener muy buena relación familiar, el 98,9 % asistieron a los controles prenatales

y el 69,7 % asistió acompañada; el promedio de inicio de asistencia a los controles fue la novena semana con mínimo de la primera semana y máximo de la semana 27; el 98,9 % se practicaron exámenes de laboratorio, el 61,6 % fueron remitidas a ginecología, el 1,5 % a ginecoobstetricia y el 0,8 % al nutricionista; el 96,7 % fue hospitalizada por alguna enfermedad relacionada con la gestación, parto o puerperio; el 87,1 % de las pacientes estuvo en la UCI con un promedio de cuatro días de estancia, la principal vía de parto de las pacientes que ingresaron a UCI fue cesárea en el 56,3 %. Las principales patologías que afectaron a las pacientes fueron trastornos hipertensivos en el 74,2 %, trastornos hemorrágicos y de coagulación en el 11,4 %, complicaciones obstétricas en el 6,5 %, trastornos metabólicos y nutricionales en el 2,0 %.

Conclusiones: los factores psicosociales aparentemente no tuvieron gran impacto en el desarrollo de la morbilidad materna extrema en la institución; las complicaciones se presentaron más por complicaciones fisiológicas que emocionales.

Anormalidades citológicas e incidencia de papiloma virus humano en el cuello uterino, Hospital de Suba E.S.E II Nivel, Bogotá, 2010-2011.

Lu-An González, Diego A. Benavidez

Objetivos específicos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia de anomalías citológicas en cuello uterino de las pacientes atendidas, medir la frecuencia de papiloma virus en las pacientes atendidas, establecer la cobertura de vacunación contra papiloma virus en las pacientes atendidas.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos de las mujeres que participaron en el programa de detección temprana de cáncer cervicouterino en el Hospital de Suba E.S.E durante los años 2010-2011. Los principales datos se midieron como incidencia tipo proporción.

Resultados: para el año 2010, la población femenina en la localidad de Suba era de 550 109 mujeres, 16 928 participaron en el programa de detección temprana de cáncer cervicouterino durante el periodo de estudio; el 17 % se encontraba en el grupo de edad de 17 a 23 años; los cinco grupos de edad entre 23 a 53 años mostraron frecuencias de 12 % cada uno, el 41,8 % de las pacientes no se tomaba la citología hace más de dos años, el 8,4 % se la había tomado hace un año y para el 39,7 % de las pacientes era la primera vez que se practicaban la citología. El 17,3 % de las citologías mostraron resultados anormales de los cuales 36,3 % presento células escamosas atípicas, el 12,3 % lesiones intraepiteliales de bajo grado, el 3,7 % lesiones intraepiteliales de alto grado y el 0,6 % presento lesiones sugestivas de virus de papiloma humano; al 38 % de las pacientes con anomalías citológicas se les practico colposcopia de estas, el 20,7 % presento lesiones intraepiteliales de bajo grado y el 10 % presento cambios inflamatorios, dos de los casos

correspondieron a carcinoma escamocelular y 10 a tumores infiltrantes; estos doce casos fueron confirmados con biopsia. En la fuente de datos no se encontró información que indicara si la población objeto se había aplicado la vacuna contra el virus del papiloma humano y o si tenía información acerca de la vacunación.

Conclusión: los cambios por lesiones ocasionadas por virus del papiloma humano en el 0,6 % de la población femenina de la localidad de Suba fueron identificados mediante citología y confirmados con colposcopias y biopsias.

Prevalencia de parasitosis intestinales en pacientes atendidos en el centro de salud de San Francisco, Cundinamarca, Colombia, 2007-2011.

Clara Patricia Barreto, Hugo Efraín Perico

Objetivos específicos: identificar las características demográficas, sociales y sanitarias de la población en estudio, medir la prevalencia de parasitosis intestinal en la población que acudió al centro de salud de San Francisco en el periodo comprendido entre los años 2007 a 2011, identificar que parásito intestinal presenta mayor prevalencia en la población, medir la presencia de monoparasitismo y de poliparasitismo en las muestras estudiadas, identificar posibles relaciones entre las parasitosis intestinales y las condiciones sanitarias de la población que manipula muestras de materia fecal en el centro de salud municipal.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los datos del libro de registro diario del laboratorio clínico del centro de salud de San Francisco de Sales durante los años 2007 a 2011 y las bases de datos SISBEN municipal. Los resultados principales se midieron como incidencias tipo proporción, con un intervalo de confianza del 95 %.

Resultados: se obtuvo información de 1 039 pacientes, 60,6 % de sexo femenino, 35,2 % entre los 0 y 10 años con predominio menores de dos años; el 46 % de los pacientes provenía del área rural; el 28,2 % no reportaba ningún tipo de escolaridad el 43,2 % alcanzó la primaria y el 27,4 % la secundaria; el 66,7 % pertenecía al régimen subsidiado. La prevalencia de parasitosis fue de 60,1 %, *Blastocystis hominis* de 63,4 %, amebas no patógenas (*Endolimax nana* 161, *Entamoeba coli* 155, *Iodamoeba butschelii* 86) de 38,6 %, *Giardia lamblia* con 24,6 %, *Entamoeba histolytica* 9,9 % y *Áscaris lumbricoides* de 1 %. Estaban parasitados, 57,1 % de las personas con acceso al acueducto, el 57,3 % que tenían el sanitario con conexión

de alcantarillado, el 51,2 % de las personas consumían agua del acueducto y 61,3 % tomaban agua de los ríos; el 56,8 % de los que tenían recolección de basuras y el 65,1 % de los que quemaban la basura, el tener acceso a la red de acueducto es un factor protector para la infección por *Entamoeba histolytica*.

Conclusiones: la población con más parasitosis en el municipio de San Francisco fue la menor de 10 años, los parásitos más prevalentes fueron el *Blastocystis hominis*, las amebas y la *Giardia lamblia*; el consumo de agua del acueducto y la conexión del inodoro al alcantarillado se comportaron como posibles factores protectores en el periodo en estudio.

Infecciones relacionadas con la atención en salud en la unidad de recién nacidos de la Clínica de la Mujer, Bogotá, 2006 a 2012.

Juan B. Castillo, Olga C. Molina

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud en la unidad de recién nacidos de la Clínica de la Mujer entre enero del 2006 a abril del 2012, cuantificar la mortalidad por infecciones relacionadas a la atención en salud, identificar la flora intrahospitalaria asociada a la aparición de infecciones, establecer los posibles factores relacionados.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo con los datos de las historias clínicas de pacientes con infecciones asociadas a la atención en salud obtenidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal en la Clínica de la Mujer entre el primero de enero del 2006 al 30 de abril del 2012. Los principales resultados fueron medidos como incidencia tipo proporción y se calcularon tasas de infección.

Resultados: se revisaron las historias clínicas de 54 neonatos con diagnóstico de infección de acuerdo con los criterios del CDC de Atlanta 2008; el 59,3 % pertenecían al sexo masculino, el 46,3 % tenía 28 a 32 semanas de gestación, el 27,8 % tenía menos de 28 semanas y el 26 % tenía más de 33 semanas; el 37 % de los neonatos tuvo peso al nacer menor de 1000 gr, el 55,6 % peso entre 1000 y 2 500 gr y el 7,4 % peso más de 2 500 gr. Los principales diagnósticos de egreso fueron enfermedad de membrana hialina, con 68,5 %, displasia broncopulmonar con 63 %, sepsis temprana con 53,7 % y ductus con 44,4 %; la tasa de incidencia asociada a IAAS por 100 egresos en la UCIN tuvo una tendencia ascendente. Se encontraron 93 infecciones asociadas a la atención en salud entre las más representativa se encuentran las infecciones asociadas a catéter y o bacteriemias con

32,2 %, infecciones por hongos con 24,7 %, neumonía asociada a ventilador con 14 %, infección gastrointestinal con 12,9 % y sepsis clínica con 11,8 %. La mortalidad global en pacientes con hallazgos de infecciones asociadas a la atención en salud fue de 3,2 % siendo los neonatos con peso entre 1 001 y 1 500 gr los más afectados. Los gérmenes encontrados con mayor frecuencia fueron el S. coagulasa negativo con 43,9 %, E. faecalis 17,1 %, E. coli 14,6 %, K. pneumoniae 9,8 % E. cloacae 7,3 % y S. aureus 7,3 %.

Conclusión: los recién nacidos de sexo masculino con edad gestacional entre 28 y 32 semanas y peso al nacer inferior a 1000 gr fueron los pacientes más afectados con infecciones asociadas a la atención en salud en la UCIN de la Clínica de la Mujer en Bogotá.

Estado nutricional en menores de cinco años de los hogares comunitarios de Bienestar Familiar modalidad tradicional, Barrancabermeja, Santander, 2010 a 2011.

Diana Paola Buitrago, Martha Janeth Villamizar

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer el estado nutricional de niños menores de cinco infecciones asociadas a la atención en salud años pertenecientes a los hogares tradicionales de Barrancabermeja Santander, identificar los posibles factores de riesgo de la malnutrición en la población en estudio, establecer las pautas para la promoción y prevención para mantener un buen estado nutricional en los niños.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con la información nutricional de la población menor de cinco años inscrita en los Hogares Comunitarios tradicionales del municipio de Barrancabermeja, Santander durante los años 2010 a 2011. Los datos fueron obtenidos del aplicativo Metrix del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y los principales resultados se reportaron como prevalencias.

Resultados: durante los años 2010 a 2011 fueron vinculados 5 801 niños a los hogares comunitarios de Barrancabermeja los cuales estuvieron en seguimiento nutricional; el 52 % de sexo masculino, el 86 % de los niños habitaban en el área urbana; el 76,4 % se encontraba registrado en SISBEN 1 lo que indica una condición socioeconómica baja. En el estado nutricional de los niños se registra 4,8 % de obesidad superando la media nacional y 8,6 % de sobrepeso; más de la mitad de los niños inscritos en el programa se encontraron en peso adecuado para la talla, con un promedio de peso de 14 kg y una talla promedio de 94 cm. La prevalencia de desnutrición aguda fue del 5 % superando la media nacional de 0,9 %. Como pautas para la promoción y prevención del estado nutricional se propuso

coordinar actividades con las E.S.E.S de Barrancabermeja para que los niños con déficit de peso sean priorizados en proyectos de recuperación nutricional.

Conclusión: las bajas condiciones socioeconómicas de los niños vinculados a los Hogares Comunitarios de Barrancabermeja repercuten en su estado nutricional.

Condiciones de trabajo y salud de trabajadores del sector informal, localidad de Usaquén, Bogotá, 2011

Henry M. Cardenas, Katherine Jimenez.

Objetivos específicos: Identificar las características demográficas y sociales de los trabajadores de la economía informal identificados en la localidad de Usaquén, establecer las condiciones de salud de la población en mención y determinar factores culturales, sociales y económicos relacionados con el trabajo informal en la localidad de Usaquén.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo basado en la información demográfica, social, de trabajo, empleo y salud recolectada a través de la aplicación de encuestas a trabajadores de la economía informal que trabajan en la localidad de Usaquén o pertenecientes a sectores económicos con mayor participación en la economía informal de la localidad; los resultados principales se midieron como prevalencia e incidencia.

Resultados: se caracterizaron 513 trabajadores, 343 mujeres que corresponden al 66,8 %; el 72,9 % de los trabajadores informales registrados son adultos y el 21 % jóvenes, con un promedio de 38 años; el 1,8 % eran desplazados. Las unidades de trabajo informal con mayor frecuencia de convocatoria y caracterización de actividades económicas fueron hoteles y restaurantes con el 52,6 %, seguido de peluquerías y centros de belleza con el 20 %; el 74,2 % de trabajadores realizan labores administrativas y operativas y el 18,9 % realiza solamente labores operativas. El 52 % labora de ocho a diez horas al día, el 30,2 % de once a 14 y el 7 % más de 14 horas. El 59 % presenta una forma de pago remunerada y el 39,7 % trabaja a destajo, el 98 % no tiene contrato. El 52,8 % de los trabajadores se encuentra en el régimen contributivo (de los cuales el 51,2 % son beneficiarios) y el 33,7 % pertenecen a régimen subsidiado. El 49,7 % recibe un salario mínimo vigente y el 33,9 % reciben más de uno

hasta dos salarios mínimos. El 38,7 % no culminaron bachillerato, el 38 % bachilleres, el 11,2 % tienen estudios técnicos y el 4,6 % estudios universitarios incompletos.

Conclusiones: la economía informal en la localidad de Usaquén es un espacio para personas que no cuentan con oportunidades de ingreso, lo cual explicaría la alta frecuencia de mujeres y población adulta mayor y adulta joven en estas labores.

Mortalidad materna en el departamento de Bolívar, 2000 a 2011

Magnolia Dovale, Katherine Hernández, Yadira Menco, Diana Palma

Objetivos específicos: identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la razón de mortalidad materna durante los años 2000 a 2011, establecer posibles factores de riesgo relacionados con el evento, identificar las estrategias utilizadas por el departamento de Bolívar para la reducción de la mortalidad materna y proponer un plan de mejoramiento para disminuir el evento.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los casos de muerte materna que se presentaron en el departamento del Bolívar durante los años 2000 al 2011. Los datos se tomaron de fichas epidemiológicas, historias clínicas y certificados de defunción que maneja el departamento. Los resultados principales se midieron como razón de mortalidad materna y tasas de mortalidad materna

Resultados: durante el periodo en estudio se presentaron 309 casos de muerte materna en el departamento de Bolívar, con promedio de 27 defunciones anuales. El área rural dispersa presentó la razón de mortalidad materna más alta (3 508,7 x 100 000 nacidos vivos); el régimen subsidiado presentó mayor número de casos durante todos los años; el grupo de edad más afectado fue el de 45 a 49 años con una razón de 2 272,7 casos por 100 000 nacidos vivos en promedio anual; el 78 % de las muertes se presentó en amas de casa, seguido por el 10,5 % de estudiantes y el 5,2 % tanto para técnicos de salud como para madres comunitarias. El 61 % de las maternas convivían con el conyugue, un 26,3 % con familiares y 5,2 % vivían solas. La razón de mortalidad por 100 000 nacidos vivos presentó un comportamiento estable (promedio 80,9) hasta el 2007 donde empezó a descender hasta alcanzar una tasa de 40,3 en el 2009, valor que se estabilizó nuevamente en el 2011. Los eventos que originaron

la muerte en gestantes fueron trastornos hipertensivos (preeclampsia) en el 15,7 %, trastornos hematológicos como coagulación intravascular diseminada y anemia de células falciformes en el 15,3 %, trastornos hemorrágicos en el 10,5 % al igual que las infecciones especialmente de vías urinarias y septicemias; los factores de riesgo atribuibles más frecuentes todos los años fueron recién nacido pretérmino con 10,5 % y cardiopatías con 5,2 %. Las complicaciones más comunes durante el periodo en estudio fueron eclampsia, preeclampsia, síndrome de Hellp, hemorragias y sepsis. El plan de mejoramiento para disminuir la mortalidad materna en el departamento presenta estrategias como realización de procesos de auditorías a las EPS, asistencia técnica en normatividad, y protocolos de atención a maternas.

Conclusiones: las estrategias para la disminución de la mortalidad materna en el departamento de Bolívar no han sido efectivas, ya que la tasa de mortalidad materna se mantuvo estable con promedio de 80.9 desde el 2000 hasta el 2007 donde empezó a disminuir pero volvió a estabilizarse dos años después.

Infecciones asociadas al cuidado de la salud en la unidad de cuidados intensivos de adultos del Hospital Universitario Mayor, Bogotá, 2010 a 2011

Alexander Barrera, Andrea quiñones, Eliana sabogal

Objetivos específicos: Identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, medir la frecuencia de infecciones asociadas al cuidado de la salud en la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital Universitario Mayor del 2010 al 2011, identificar los microorganismos causantes de las infecciones asociadas a la atención en salud en unidad de cuidados intensivos adultos, establecer posibles factores relacionados con infecciones asociadas a la atención en salud y establecer la mortalidad.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos adultos del Hospital Universitario Mayor que presentaron criterios de infección asociada al cuidado de la salud durante el 2010. Los datos se tomaron de las fichas de notificación de infecciones asociadas a la atención en salud que se maneja la oficina de epidemiología de la institución. Los principales resultados se midieron como incidencia y tasa de mortalidad.

Resultados: del total de pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos adultos, 249 presentaron infecciones asociadas a la atención en salud, 137 en el 2010 y 112 en el 2011; el 45,9 % de sexo masculino, el 62,2 % mayor de 68 años, el 22,3 % estaba entre los 48 y 67 años y el 10,6 % entre los 28 y 47 años; el 60,5 % eran de estrato 1, el 30,6 % de estrato 2 y el 8,7 % de estrato 3; la tasa global de infecciones asociadas a la atención en salud fue de 10,2 %; las infecciones más frecuentes fueron bacteriemia primaria en 33,6 %, infección de vías urinarias en 9,7 %, micosis cutánea en 10,2 %, los tipos de muestras de donde se aisló la mayor cantidad de microorganismos causantes de infecciones asociadas a la atención en

salud fueron hemocultivos, secreciones respiratorias y muestras de orina; el microorganismo más frecuentemente aislado fue la *K. pneumoniae* con 14,0 %, *C. albicans* con 11,1 %, *P. aeruginosa* con 9,9 %, *E. coli* con 9,4 % y *S. aureus* con 5,6 %. El 98 % de los pacientes presentaron factores de riesgo para el desarrollo de infección; de estos pacientes el 53,8 % eran hombres entre los 73 y 84 años. Los factores de riesgo intrínsecos identificados en la unidad de cuidados intensivos adultos relacionados con las infecciones asociadas a la atención en salud fueron la edad extrema, la enfermedad y la diabetes y como factores de riesgo externos se encontraron acceso venoso a catéter central, sondaje vesical y ventilación mecánica. La tasa de mortalidad atribuible a infecciones asociadas a la atención en salud en la unidad de cuidados intensivos adultos fue de 29 % para el 2010 y de 18,5 % para el 2011.

Conclusiones: durante el año 2010 se presentó un mayor número de casos de infecciones asociadas a la atención en salud que en el año 2011. La bacteriemia primaria fue la más frecuente, seguida de la infección de vías urinarias.

Morbilidad y mortalidad en urgencias del hospital Regional de Sogamoso, E.S.E. Sogamoso, 2007-2010

Primi Cecilia Copete, Nelly Patricia Garzón, Diana Patricia Martinez, Tatiana Barbosa.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del hospital regional de Sogamoso en el periodo en estudio, medir la frecuencia de morbilidad y mortalidad, determinar las rutas de egreso, e identificar las muertes prevenibles.

Metodología: se hizo un estudio descriptivo retrospectivo, con la población que ingresó al servicio de urgencias del Hospital de Sogamoso entre el 2007 y el 2010; los datos fueron obtenidos de las historias clínicas que se encuentran en la base de datos del Hospital Regional de Sogamoso. Los resultados se midieron como tasas de mortalidad.

Resultados: la población según el DANE para el año 2007 en el municipio de Sogamoso fue 116 090, correspondiendo al 9,25 % del total de la población de Boyacá, la distribución geográfica fue 84,6 % urbana y 15,4 % rural; los ingresos al servicio de urgencias en cuanto a sexo fue mayor en el sexo femenino durante todo el periodo con un promedio de 20 662 atenciones por año; las tres principales causas de consulta fueron dolores abdominales con 9,8 %, fiebre no especificada con 5,8 % y diarrea con 5,1 %. En el grupo de edad de 15 a 44 años se presentó la mayor cantidad de ingresos con el 42,8 %. La mortalidad fue mayor en el 2008 con una tasa de 173,5 por 100 000; la tasa de mortalidad hombre/mujer en todos los grupos de edad fue mayor en los de 15 a 44 años con una razón 3:1, las tres principales causas de muerte fueron enfermedades del sistema circulatorio con el 28,1 %, lesiones de causas externas con el 12,7 % y neoplasias con el 5,1 %. Las rutas de egreso se clasificaron en ambulatorio con 84,7 %, observación con 1,1 % y hospitalización con 14,2 %. En muerte

prevenible se clasificó con 23,8 % las defunciones difícilmente prevenibles en la actualidad, el 7,6 % las defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz y 67,6 % las defunciones por causas mal definidas y otras causas.

Conclusiones: predomina el sexo femenino en los ingresos y consultas del periodo estudiado; el grupo de edad que más consultó fue el de 14 a 45 años; la tasa de mortalidad se concentró en mayor cantidad en el grupo de 65 y más años, principalmente por enfermedades del sistema cardiovascular y enfermedades crónicas no trasmisibles.

Comparación de la mortalidad y la morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de un año en Bogotá y Quibdó, 2008 a 2010.

Primi Cecilia Copete, Nelly Patricia Garzón, Diana Patricia Martinez, José Miguel Paipa.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas, sociales y ambientales de la población en estudio, determinar el impacto en las infecciones respiratorias agudas antes y después de la presencia del “fenómeno de la niña”, determinar las tasas de morbilidad y mortalidad por IRA en menores de un año.

Metodología: se realizó un estudio de cohortes retrospectivas en las ciudades de Bogotá y Quibdó en menores de un año entre los años 2008-2010; los datos fueron obtenidos del SIVIGILA, se realizó muestreo con nivel de confianza de 97 % y poder de 90 %; los resultados se midieron como incidencia tipo proporción en expuestos y no expuestos; se consideró cohorte expuesta a los niños de Quibdó. La muestra para cada cohorte fue de 1613 individuos, representando un total de 3226 individuos.

Resultados: la población de menores de un año en Bogotá proyectada por el DANE fue para el año 2008 de 118 677, en 2009 de 119 208 y en 2010 de

119 679; los casos de IRA fueron 2008 de 112 468, en 2009 de 151 450 y en 2010 de 155 669 con tasas de 94,8 % en el año 2008, de 127 % en 2009 y de 130,1 % en 2010. En Quibdó la población fue 3229 en 2008, 3217 en 2009 y 3198 en 2010; los casos de IRA en 2008 fueron 118, en 2009 de 969 y en 2010 de 1030 con tasa de 3,6 % en 2008, de 30,1% en 2009 y de 32,2 % en 2010; cuando se realizó riesgo relativo Quibdó/Bogotá en el periodo estudiado se encontró en 2008 un riesgo relativo de 23,75 con IC 95 % entre 8,41- 67,06; en 2009 de 4,23 con IC 95 % de 2,6-6,87 y en 2010 de 4,06 con IC 95 % de 2,52-6,5. La mortalidad por IRA en Bogotá fue para el 2008 de 23,6 por 100

000 con un descenso importante en 2009 a 11,2 por 100 000 y sosteniéndose en 2010 en 10 por 100 000, mientras en Quibdó en el 2008 fue 61,9 por 100 000, en 2009 fue de 62,1 por 100000 y un descenso importante en 2010 a 31,2 por 100 000; se realizó comparación de letalidad encontrando en Quibdó en 2008 de 169,5 por 10 000, en 2009 de 20,6 por 10 000 y en 2010 de 9,7 por 10 000, mientras en Bogotá fue en 2008 de 2,5, en 2009 de 1,1 y en 2010 de 0,77.

Conclusiones: la época de transición entre los fenómenos del “Niño y la Niña” son uno de los factores de riesgo en la presentación de infecciones respiratorias agudas en los menores de un año; el riesgo de presentar infecciones respiratoria agudas en Bogotá son mayores, encontrándose mayor probabilidad de mortalidad y letalidad en Quibdó cuando se presentan las IRA.

Varicela en menores de 14 años en el Distrito Capital, 2006 a 2008

Claudia Liliana Guerrero, Nery Johanna Padilla, Elsa Rocío Villarraga.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población, medir la frecuencia y la variación de la enfermedad durante el período en estudio, determinar las coberturas de vacunación.

Metodología: se realizó un estudio retrospectivo con la población de Bogotá menor de 14 años en el período de estudio; se obtuvo los datos del sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) del Distrito Capital de los años 2006 a 2008, fichas de notificación de varicela; los datos se midieron por incidencia de tipo proporción.

Resultados: el total de los casos de varicela presentados en la ciudad de Bogotá en el año 2006 fueron 14 752, para la población menor de 14 años fueron 10 289 casos, con una tasa de 55,6 por 10 000; al realizar la distribución por quinquenios de edad encontramos los menores de un año con 578 casos (el 5,6 %) con una tasa de 49,3 por 10 000, de 1 a 4 años fueron 4252 casos (el 41,3 %) con una tasa 89,7 por 10 000, de 5 a 9 años fueron 3876 casos (el 37,7 %) con una tasa 62,7 por 10 000 y de 10 a 14 años fueron 1583 (el 15,4 %) con una tasa de 24,7 por 10 000. En 2007 fueron 27 730, para la población menor de 14 años fueron 19 303 casos, con una tasa de 104,7 por 10 000; al realizar la distribución por quinquenios de edad encontramos los menores de un año con 1247 casos (el 6,5 %) con una tasa de 105,6 por 10 000, de 1 a 4 años fueron 7879 casos (el 40,8 %) con una tasa 166,9 por 10 000, de 5 a 9 años fueron 6934 casos (el 35,9 %) con una tasa 113,1 por 10 000 y de 10 a 14 años fueron 3243 (el 16,8 %) con una tasa de 50,6 por 10 000. En 2008 fueron 31 228 y en la población menor de 14 años fueron 21 977 casos, con una tasa de 119,7 por 10 000; al realizar la distribución por quinquenios de edad encontramos los menores de un año con 1639

casos (el 7,5 %) con una tasa de 138,1 por 10 000, de 1 a 4 años fueron 8996 casos (el 40,9 %) con una tasa 190,7 por 10 000, de 5 a 9 años fueron 7692 casos (el 35 %) con una tasa 126,6 por 10000 y de 10 a 14 años fueron 3650 (el 16,6 %) con una tasa de 57,2 por 10 000. La población inmunizada en 2007 con biológico de varicela fueron 4168 pacientes de los cuales 50,2 % fueron niños; en 2008 recibieron 4204 el biológico, con el 50,3 % en niños.

Conclusiones: durante el periodo en estudio se encontró baja cobertura de vacunación y dificultades en el acceso a los servicios de salud.

Comportamiento del accidente ofídico en los departamentos de Amazonas, Caquetá y Vaupés, 2007 a 2010.

Yeimy Duque Ocampo, Zaida María Duran, Angélica María Rojas, Catalina Torres.

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales en la población en estudio, determinar la incidencia de casos de accidente ofídico en cada uno de los departamentos, identificar el riesgo de ser mordido por una serpiente, establecer los factores de riesgo relacionados con las personas afectadas en cada uno de los departamentos; establecer la frecuencia de la mortalidad por el evento.

Metodología: se realizó un estudio retrospectivo en los departamentos de Amazonas, Caquetá y Vaupés en el periodo 2007 al 2010. Los datos se midieron con incidencias tipo proporción y tasas de mortalidad.

Resultados: en el departamento de Amazonas se presentaron 228 accidentes ofídicos, con un promedio de 57 eventos por año, con un máximo en el 2009 de 74 y un mínimo en 2010 de 45; los municipios de Leticia y Puerto Nariño aportaron el mayor número de casos y el menor número fue en los corregimientos de Puerto Santander y Mirití. Los casos ocurrieron en el área rural dispersa; el 30 % de los eventos se registró en la población menor de 15 años; por sexo, el 65,3 % ocurrió el sexo masculino; el 85 % de los casos se presentó en población indígena; el 73,6 % de las personas agredidas estaban vinculadas al régimen subsidiado, el 16,6 % no estaba afiliado y el 9,8 % se encuentran distribuidos en los regímenes contributivo, de excepción o especial. En la atención inicial la inmovilización del miembro y del enfermo fue en 37,2 % de los pacientes; la incisión, la punción y la aplicación de torniquete se dio en el 25,4 % de los pacientes; en el 37,2 % no se registró la atención brindada; el suero antiofídico fue aplicado al 85 % de los pacientes; el 88,2 % de los

casos fueron clasificados como leves y moderados, el 21,8 % como severos. La tasa de mortalidad fue de 8,7 por 1000. En el departamento de Caquetá se presentaron 352 casos, con un promedio de 88 eventos por año, con mínimo en el año 2008 de 66 y un máximo en el año 2010 de 114; los municipios de San Vicente del Caguan, Cartagena del Chairá y San José de Fragua aportaron el mayor número de casos y el menor número en los municipios de Milán, Morelia y Albania. El 76,4 % de los casos ocurrió en el área rural dispersa; el 56,8 % de los casos se presentaron en la población adulta y el 18,7 % en la población menor de 15 años. El 75,3 % de los casos se presentaron en el sexo masculino; el 8 % de los casos se presentó en la población indígena; el 60 % de las personas agredidas corresponden al régimen subsidiado, el 4,8 % no cuenta con ningún tipo de afiliación y el 4 % se encuentran distribuidos entre los regímenes contributivo, de excepción o especial. En la atención inicial la inmovilización del miembro y del enfermo se hizo en el 26 % de los pacientes; la incisión, la punción y la aplicación de torniquete se hizo en el 20,4 % de los pacientes; en el 46,5 % no se identificó la atención brindada; el suero antiofídico se aplicó en el 90,6 % de los pacientes. La tasa de mortalidad fue de 2,8 por 1000. En el departamento de Vaupés se presentaron 190 casos, con un promedio de 48 eventos por año, con un mínimo en el año 2007 de 28 y un máximo en el año 2009 de 54; el municipio de Mitú y el corregimiento de Pacoa aportaron el mayor número de casos y el menor número el municipio de Carurú y el corregimiento de Papunahua. El 57,4 % de los casos ocurrieron en el área rural dispersa; el 74,3 % de casos ocurrieron en la población adulta y el 25,2 % en población menor de 15 años; por sexo, el 56,3 % de los casos fueron en el sexo masculino; el 96,3 % de los casos en ocurrieron en población indígena; el 87,8 % de las personas agredidas estaban vinculadas al régimen subsidiado, el 8,9 % no cuenta con ningún tipo de afiliación y el 3,1 % se encuentran distribuidos entre los regímenes contributivo, de excepción o especial. En la atención inicial la inmovilización del miembro y del enfermo se dio en el 71,5 % de los pacientes; la incisión, la punción y la aplicación de torniquete se hizo en el 7,3 % de los casos; en el 18,9

% no se identificó la atención brindada; el suero antiofídico fue aplicado al 74,7 % de la población. La tasa de mortalidad fue de 26,3 por 1000.

Conclusiones: En los departamentos de Amazonas, Caquetá y Vaupés, con condiciones sociales y demográficas parecidas, el accidente ofídico es un evento frecuente que afecta a hombres que desarrollan actividades en el área rural principalmente.

Determinantes sociales y económicos que influyeron en la seroprevalencia de cisticercosis en el departamento de Risaralda, según la encuesta nacional del proyecto “situación actual de la cisticercosis en Colombia”, 2008-2010

Janeth Cristina Acevedo, Asthreed Villarreal Pereira

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, describir los factores económicos que influyeron en la seroprevalencia actual de cisticercosis en el departamento de Risaralda, identificar y cuantificar los hábitos alimenticios y sanitarios de la población de Risaralda que desarrolló la enfermedad, establecer la prevalencia de cisticercosis en el departamento.

Metodología: se realizó un estudio de prevalencia, con un muestreo primario en los municipios de Dos Quebradas, Santa Rosa de Cabal y Pereira, con unidades secundarias de muestreo a nivel rural y urbano; la muestra se realizó con base en la población de Risaralda reportada en el censo DANE 2005, con una confiabilidad del 95 % y error del 1,5 %. Los datos se midieron como prevalencia de punto y razón de prevalencias.

Resultados: la población encuestada fue de 1270 personas, el 95,2 % pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3; de la población estudiada, el 79,6 % residen en la zona urbana, el 15,1 % en la zona rural y el 5,3 % en centros poblados. La mayor prevalencia de cisticercosis se encuentra en la zona rural (el 2,0 %), en la zona urbana (el 1,4 %) y en el centro poblado (0 %); el 42,4 % de la población pertenece al régimen subsidiado, el 40 % al contributivo; el 52,8 % se lavaba las manos después de ir al baño y antes de comer; el 84,6 % de las personas cuentan con acueducto, el 14,9 % utilizaban agua de algún

manantial, nacedero, río o quebrada; el 0,5 % de ellos el agua era surtida para sus viviendas de pozos profundos o aljibes; el 0,07 % de las personas utiliza agua lluvia para proveer agua a su vivienda; el 91 % de la población consumió carne de cerdo; 17 pacientes fueron seropositivos para cisticercosis de los cuales el 94,1 % consumían carne de cerdo; no hubo diferencias estadísticas por afiliación al Sistema de Salud ni por escolaridad.

Conclusiones: de 1270 personas encuestadas, la mayor prevalencia fue 1,9 % obtenida en el estrato 1, la mayor prevalencia de enfermedad se obtuvo en la zona rural 2,02 %, no hubo diferencias estadísticas de cisticercosis según el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni según nivel de escolaridad.

Zoonosis en Colombia, 2000–2009

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer la frecuencia y distribución de la morbilidad por enfermedades zoonóticas en Colombia en el periodo 2000–2009, establecer la frecuencia y distribución de la mortalidad por enfermedades zoonóticas en Colombia en el periodo 2000–2009, identificar los posibles factores de riesgo relacionados con las enfermedades zoonóticas en Colombia, establecer los reservorios para las enfermedades zoonóticas objeto de estudio en Colombia e identificar los posibles focos de estas enfermedades en el país.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población del área urbana y rural de los 32 departamentos y cuatro distritos del país en los años 2000 al 2009; los datos se obtuvieron de la base de datos del Instituto Nacional de Salud. Los datos se midieron como prevalencia e incidencia.

Resultados: en los seguimientos serológicos realizados en el país, entre 2001 y 2008 se ha obtenido prevalencia general de 8,3 %, 4,8 %, 7,8 %, 9,2 %, 8 %, 8,2 %, 8,8 %, 7,2 %, 6,5 %, 3,9 %; en los años 2000, 2002 y 2005 se registró una defunción en pacientes de sexo masculino para cada año. En el año 2006 se registró una defunción en el sexo femenino. En el periodo 2000–2009 la mayor tasa de mortalidad se registró en el año 2009, con 0,116 muertes por toxoplasmosis por 100 000 habitantes; la mayor mortalidad se registró en hombres con un valor máximo de 0,15 defunciones por 100 000 en el año 2009, en el sexo femenino la mayor tasa de mortalidad fue de 0,09 defunciones por 100 000 en el año 2005. En el periodo 2000–2009 se registraron 35 casos de rabia humana en

Colombia, el 62,84% de los casos fueron en los años 2004, 2009 y 2010, siendo el año 2004 en el departamento del Chocó con mayor incidencia con 40% del total de casos, estos atribuyen a la mordedura de murciélago hematófagos. De **Cisticercosis** se presentaron 14 casos de mortalidad, la mayor incidencia en el año 2001 con 0,012 casos por 100 000, con predominio en el sexo masculino con ocho casos frente a seis casos en el sexo femenino. De leptospirosis se registraron 5932 casos, el mayor número de casos fue en el sexo masculino con el 66,1 % y en el femenino fue de 33,9 %.

Conclusiones: la brucelosis humana es una de las zoonosis menos estudiadas en Colombia, existe una subnotificación y subregistro de los casos que realmente ocurren en el país. La fiebre amarilla es la primera de las enfermedades hemorrágicas virales reconocidas en el mundo, siendo una entidad de gran interés en salud pública por su potencial epidémico y su alta letalidad.

Caracterización de la población infantil referida como trabajadora en las localidades chapinero, barrios unidos y teusaquillo, Bogotá, 2011

Lorena Sánchez, María Bibiana Santos, Juan Carlos Bernal.

Epidemiología

Objetivos específicos: establecer las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer el número de niños registrados como trabajadores, identificar los factores que promueven el trabajo infantil.

Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal, en la población de niños trabajadores entre 4 y 14 años; los datos se obtuvieron de encuestas realizadas a la población. Los datos se midieron como prevalencia.

Resultados: se identificaron 411 niños, siendo el 54 % de sexo masculino, el intervalo de edad de 6 a 14 años se encontró la mayor población trabajadora con 66,9 %, vinculados al régimen contributivo, con pertenencia al estrato 3; afirmaron no faltar al colegio y aseveraron tener buen rendimiento académico; no presentan alteraciones de salud el 66 %; los riesgos laborales que predominaron fueron psicosociales, mecánicos y de carga física; la razón por la cual trabajan es la ayuda económica de sus hogares en 37,2 %.

Conclusiones: se encontró un porcentaje mayor en la población comprendida entre 7 a 14 años, siendo la motivación el colaborar en la economía de sus hogares.

*Planes de salud de estudiantes de la
especialidad de Epidemiología,
Fundación Universitaria Juan N.
Corpas, 2012*

Plan de salud SALUDVIDA EPS, 2011.

Ivonne Alayon, Nicol Borray

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud de la EPS, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad,

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 1233/08, Ley 1231/08, Ley 1280/09, Ley 1438/11, Decreto 806/98, Decreto 2463/01, Decreto 2400/02, Decreto 050/05, Decreto 515/04, Decreto 3518/06, Decreto 1011/06, Decreto 1931/06, Decreto 2313/2006, Decreto 2330/06, Decreto 4047/06, Decreto 2323/06, Decreto 4664/06, Decreto 4665/06, Decreto 55/07, Decreto 415/07, Decreto 574/07, Decreto 1020/07, Decreto 1575/07, Decreto 1670/07, Decreto 2699/07, Decreto 2878/07, Decreto 3039/07, Decreto 3990/07, Decreto 4747/07, Decreto 4856/07, Decreto 4877/07, Decreto 4957/07, Decreto 4972/07, Decreto 4982/07, Decreto 4747/07, Decreto 0728/08, Decreto 0781/08, Decreto 0860/08, Decreto 1357/08, Decreto 2006/08, Decreto 2221/08, Decreto 3556/08, Decreto 3557/08, Decreto 3740/08, Decreto 4836/08, Decreto 73/10, Decreto 74/10, Decreto 75/10, Decreto 126/10, Decreto 127/10, Decreto 128/2010, Decreto 129/10, Decreto 130/10, Decreto 131/10, Decreto

132/10, Decreto 133/10, Decreto 134/10, Decreto 135/10, Decreto 358/10, Decreto 398/10, Decreto 505/10, Decreto 553/10, Decreto 861/10, Decreto 965/10, Decreto 966/10, Decreto 4976/10, Resolución 5261/94, Resolución 3384/00, Resolución 3374/00, Resolución 412/00, Resolución 581/04, Resolución 1446/06, Resolución 727/06, Resolución 1043/06, Resolución 1441/06, Resolución 1315/06, Resolución 1445/06, Resolución 1446/06, Resolución 1448/06, Resolución 1783/06, Resolución 2145/06, Resolución 3442/06, Resolución 3576/06, Resolución 3577/06, Resolución 3578/06, Resolución 3579/06, Resolución 3596/06, Resolución 3597/06, Resolución 4261/06, Resolución 4417/06, Resolución 4591/06, Resolución 1043/06, Resolución 5087/06, 058/07, Resolución 077/07, 152/07, Resolución 164/07, Resolución 291/07, Resolución 812/07, Resolución 1194/07, Resolución 1212/07, Resolución 1403/07, Resolución 1609/07, Resolución 1651/07, Resolución 1711/07, Resolución 2565/07, Resolución 2598/07, Resolución 2599/07, Resolución 2679/07, Resolución 2680/07, Resolución 3221/07, Resolución 4120/07, Resolución 4285/07, Resolución 4443/07, Resolución 4444/07, Resolución 355/08, Resolución 0724/08, Resolución 1424/08, Resolución 1740/08, Resolución 2181/08, Resolución 2564/08, Resolución 3047/08, Resolución 3099/08, Resolución 3283/08, Resolución 3670/08, Resolución 3755/08, Resolución 4003/08, Resolución 4700/08, Resolución 4907/08, Resolución 4909/08, Resolución 4945/08, Resolución 425/08, Acuerdo 260/04, Acuerdo 306/05, Acuerdo 302/05, Acuerdo 313/05, Acuerdo 336/06, Acuerdo 337/06, Acuerdo 338/06, Acuerdo 339/06, Acuerdo 340/06, Acuerdo 341/06, Acuerdo 343/06, Acuerdo 434/06, Acuerdo 344/06, Acuerdo 346/06, Acuerdo 355/07, Acuerdo 352/07, Acuerdo 353/07, Acuerdo 354/07, Acuerdo 357/07, Acuerdo 360/07, Acuerdo 365/07, Acuerdo 366/06, Acuerdo 368/07, Acuerdo 379/08, Acuerdo 386/08, Acuerdo 387/08, Acuerdo 396/08, Acuerdo 397/08, Acuerdo 399/08, Acuerdo 008/08, Circular 041/06, Circular 001/07, Circular 002/07, Circular 024/07, Circular 045/07, Circular 047/07, Circular 051/08, Circular 016/08, Circular 027/08, Circular 044/08, Circular 048/08, Circular 049/08, Circular

053/08, Circular 080/08, Conpes 091/05, Conpes 130/09, Conpes 132/10, Conpes 133/10, Conpes 137/11.

En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; Saludvida EPS tuvo un total de 114 233 usuarios en el año 2010, con el 62 % de mujeres; el 28 % de la población urbana del municipio tiene Necesidades Básicas Insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo de los municipios donde tiene vinculados la EPS.

En el año 2010, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron amigdalitis aguda, astigmatismo y asma; las causas de consulta por urgencias fueron: abdomen agudo, bronconeumonía y agresión con disparo de otras armas de fuego; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud territorial Municipio de Aguazul, Casanare, 2008 a 2011.

Margarita Barón Mongui, Sofía Riveros Sandoval, Edith Johana Rodríguez

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 100/93, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 790/02, Ley 1122/07, Ley 1176/07, Decreto 1891/94, Decreto 1890/95, Decreto 050/03, Decreto 2131/03, Decreto 3818/03, Decreto 2193/04, Decreto 3003/05, Decreto 1011/06, Decreto 1500/07, Decreto 3974/07, Decreto 4747/07, Resolución 4288/02, Resolución 002/03, Resolución 1541/03, Resolución 2530/03, Resolución 3818/03, Resolución 816/04, Resolución 3067/04, Resolución 1013/05, Resolución 966/06, Resolución 1149/06, Resolución 2844/07, Resolución 3042/07, Resolución 3309/07, Acuerdo 17/98, Acuerdo 57/97, Acuerdo 244/03, Acuerdo 283/05, Acuerdo 284/05, Acuerdo 285/05, Acuerdo 287/05, Acuerdo 289/05, Acuerdo 290/05, Acuerdo 292/05, Acuerdo 293/05, Acuerdo 294/05,

Acuerdo 297/05, Acuerdo 299/05, Acuerdo 300/05, Acuerdo 301/05, Acuerdo 302/05, Acuerdo 306/05, Acuerdo 336/06, Circular 006/04, Circular 0018/04, Circular 064/05, Circular 041/06, Circular 001/07, Circular 002/07, Circular 024/07, Circular 045/07, Circular 047/07, Circular 051/08, Circular 016/08, Circular 027/08, Circular 044/08, Circular 048/08, Circular 049/08, Circular 053/08, Circular 080/08, Conpes 091/05, Conpes 130/09, Conpes 132/10, Conpes 133/10, Conpes 137/11.

En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis. Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2007 fue de 316 209 habitantes, con el 50,1 % de hombres; el 26,7 % de la población urbana del municipio tiene Necesidades Básicas Insatisfechas. se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2010, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron vaginitis y vulvovaginitis, infección de vías urinarias y lumbago no especificado; las causas de consulta por urgencias fueron fiebre no especificada, dolores abdominales e infección de vías urinarias; las principales causas de hospitalización fueron infección de vías urinarias, neumonía no especificada y parto único espontáneo. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los

resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Evaluación del plan de salud territorial municipio de Agua de Dios, Cundinamarca, 2008 a 2011.

Arlette Elena Daza, Marcela Hernández Ferro, María Lourdes Medina,
Jairo Eliecer Moreno, Mauricio Hernán Bonilla

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, demográficas, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 60/93, Ley 152/94, Ley 134/94, Decreto 1416/94, Decreto 1757/94, Resolución 5165/95, Resolución 2756/95 y Resolución 4288/96. En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue de 11 338 habitantes y con el 50,1 % de mujeres; el 73 % de la población reside en zona urbana; en el 2005 se encontró que el 20,6 % de la población tiene Necesidades Básicas insatisfechas.

En el año 2004, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron hipertensión esencial, rinofaringitis aguda e infección de las vías urinarias de sitio no especificado; las principales causas de consulta por el servicio de urgencias fueron dolores abdominales, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infecciosos e infecciones de vías urinarias de sitio no especificado; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontraron dengue clásico, accidente con riesgo rábico y varicela. Se encontró una tasa de mortalidad de 7.6 muertes por cada 1.000 habitantes, las principales causas de mortalidad fueron infarto agudo de miocardio sin especificar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada y neumonía no especificada. Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan local de salud, municipio de Güicán, Boyacá, 2006.

Nancy Chacón Rodríguez, Constanza Marcela García

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, demográficas, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991 Ley 100 /93, Ley 152 /94, Ley 294 /96, Ley 361/97, Ley 489 /98, Ley 715 /01, Ley 789/02, Ley 790 De 20/02, Ley 812/03, Ley 972/05, Decreto 1891/94, Decreto 1890/95, Decreto 050/03, Decreto 2131/03, Decreto 3818 /03, Decreto 2193 /04, Decreto 3154/04, Decreto 3003/05, Decreto 1011/06, Resolución 968/02, Resolución 002/03, Resolución 1541/03, Resolución 2530/03, Resolución 3818/03, Resolución 0816/04, Resolución 3067/04, Resolución 1013/05, Resolución 0966/06, Resolución 1149/06, Acuerdo 117/98, Acuerdo 244/03, Acuerdo 0283/05, Acuerdo 0284/05, Acuerdo 0285/05, Acuerdo 0287/05, Acuerdo 0289/05, Acuerdo 0290/05, Acuerdo 0292/05, Acuerdo 0293/05, Acuerdo 0294/05, Acuerdo 0297/05, Acuerdo 0299/05, Acuerdo 0300/05, Acuerdo 0301/05, Acuerdo 0302/05, Acuerdo 306/2005, Acuerdo 0336/06, Circular 013/02, Circular 0006/04, Circular 018/04, Circular

0064/05, Conpes 026/94, Conpes 3077/00, Conpes 91/05, Conpes 94/05, Conpes 98/06 y Conpes 2847/96.

En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2005 fue de 5 920 habitantes, el 50 % mujeres; se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2004, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron hipertensión esencial, acidez gástrica y rinofaringitis aguda; las principales causas por urgencias fueron urgencias odontológicas, dolores abdominales y fiebre; las principales causas de hospitalización fueron partos, dolor abdominal y neumonía; las principales causas de mortalidad fueron enfermedades isquemias del corazón, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia cardiaca; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud entidad promotora de salud: SALUD TOTAL EPS, régimen contributivo, Bogotá D.C.

Andrea Johanna Avella, Adriana Betancourt Salamanca, Germán Augusto Gallego, Aley Bricelyn Montenegro.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, demográficas, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991 Ley 100 /93, Ley 9/1979, La Ley 100/93, Ley 152/94, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Ley 1122/07, Ley 1151/07, Decreto 3039/07, Circular 047/07 y Resolución 425/08. En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para Bogotá en el año 2009 fue de 7 259 597 habitantes, con el 47,5 % de

hombres; el 5 % de la población urbana tiene Necesidades Básicas Insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2009, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, hipertensión esencial (primaria), trastornos de los tejidos blandos; las principales causas de hospitalización fueron otros trastornos del sistema urinario, Bronquiolitis aguda y Neumonía, por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró varicela individual, infección respiratoria aguda y tos ferina; la tasa de mortalidad fue de 4.43 x 1000 usuarios al año y las principales causas fueron choque, insuficiencia respiratoria y trastornos relacionados con duración corta de la gestación. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base de datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de Salud Territorial de Fusagasugá, 2009.

Andrés Núñez, Jenny Mora, Katherine Rodríguez

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 30/86, Ley 38/89, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 294/96, Ley 361/97, Ley 375/97, Ley 387/97, Ley 388/97, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 790/02, Ley 812/03, Ley 1010/06, Resolución 13382/84, Resolución 7559/84, Resolución 5165/94, Resolución 139/02, Resolución 0005/00, Resolución 1895/01, Resolución 1541/03, Resolución 002/03, Resolución 2530/03, Resolución 0375/06, Decreto 1562/84, Decreto 1681/84, Decreto 3788/86, Decreto 1525/94, Decreto 1918/94, Decreto 1891/94, Decreto 1557/94, Decreto 1222/86, Decreto 1421/93, Decreto 173/98, Decreto 2676/00, Decreto 2569/00, Decreto 2309/02, Decreto 205/03, decreto 2131/03, , Decreto 177/04, Decreto 616/06, CONPES 102, CONPES 2847/96, CONPES 3077/00 y CONPES 097/08. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora

las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2009 fue de 118 955 habitantes; el 23 % en la zona rural, 51 % eran mujeres, el 17,4 % de los habitantes tenían Necesidades Básicas Insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2003, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron dolor abdominal bronco espasmo y síndrome febril; por urgencias se encontró dolor abdominal, bronco espasmo y enfermedad coronaria; por hospitalización alteraciones del recién nacido, neumonía y otras afecciones del sistema respiratorio; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró accidente animal agresor, varicela e infección intrahospitalaria; la tasa de mortalidad en el 2005 fue de 9 muertes por 100 habitantes, las principales causas de mortalidad fueron enfermedades cardíacas y coronarias, enfermedades respiratorias, pulmonares y cardiopulmonares y tumor maligno. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan territorial de salud del municipio de San Luis de Sincé, 2008 a 2011

Claudia Aguas Romero, Jesica Lara Pedraza

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991 Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 134/94, Ley 142/94, Ley 143/94, Ley 152/94, Ley 179/94, Ley 294/96, Ley 324/96, Ley 375/97, Ley 388/97, Ley 480/98, Ley 516/99, Ley 550/99, Ley 509/99, Ley 617/00, Ley 691/01, Ley 643/01, Ley 715/01, Ley 734/02, Ley 740/02, Ley 789/02, Ley 790/02, Ley 828/03, Ley 972/03, Ley 909/04, Ley 982/05, Ley 1023/06, Ley 1122/07, Ley 1145/07, Ley 1146/07, Ley 1151/07, Ley 1150/07, Ley 1176/07, Ley 1187/08, Ley 1190/08, Ley 1209/08, Ley 1220/08, Ley 1232/08, Ley 1237/08, Ley 1237/08, Ley 1252/08, Ley 1255/08, Ley 1259/08, Ley 1275/09, Ley 1276/09, Ley 1283/09, Decretos 1562/84, Decreto 0412/92, Decreto 2759/92, Decreto 1876/94, Decreto 1525/94, Decreto 1891/94, Decreto 677/95, Decreto 1049/95, Decreto 1623/95, Decreto 2357/95, Decreto 2753/97, Decreto 806/98, Decreto

1804/99, Decreto 574/03, Decreto 1281/02, Decreto 3003/05, Decreto 4877/07, Resolución 4288/96, Resolución 412/00, Resolución 1043/06, Resolución 3042/07, Resolución 2844/07, Resolución 285/07, Resolución 425/08, Acuerdo 382/08, Acuerdo 384/08, Acuerdo 387/08, Acuerdo 403/08, Circular 001/08, CONPES 2909/97, CONPES 3057/98, CONPES 078/03, CONPES 086/04, CONPES 091/05, CONPES 100/06, CONPES 102/06, CONPES 109/07, CONPES 113/08, CONPES 117/08, CONPES 122/09, CONPES 3077/00, CONPES 3329/04 y CONPES 3057/98. En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2005 fue 27 165 habitantes; el 78 % residía en la zona urbana, 51 % eran hombres, el 51,25 % de los habitantes tenían Necesidades Básicas Insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2007, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron hipertensión arterial esencial primaria, rinofaringitis aguda y síndrome febril; por urgencias se encontró síndrome febril, dolor abdominal localizado en parte superior y cefalea; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, y síndrome de inmunodeficiencia adquirida; la tasa de mortalidad en el 2005 fue de 9 muertes por 100 habitantes, las principales causas de mortalidad fueron enfermedad del sistema circulatorio, neoplasias y enfermedades transmisibles. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud territorial de Viani, Cundinamarca, 2008-2011.

Yineth Castaño Saavedra, Dieric Anderson Díaz, Martha Lucía Narváez, César Julio Páez, Yineth Milena Pérez, Edison Ricardo Ramírez

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características sociales, económicas, de educación, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 5/92, Ley 60/93, Ley 80/93, Ley 99/93, Ley 1151/07, Ley 1444/11, Ley 100/93, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 141/94, Ley 142/94, Ley 152/94, Ley 387/97, Ley 388/97, Ley 691 de 2001, Ley 715/01, Ley 756/02, Ley 819/03, Ley 909/04, Ley 951/05, Ley 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1150/07, Ley 1151/07, Ley 1176/07, Ley 1294/09, Ley 1233/08, Ley 1252 de 2008, Ley 1373/10, Ley 1392/10, Ley 1393/10, Ley 1437/11, Ley 1438/11, Ley 1444/11, Ley 1446/11, Ley 1448/11, Ley 1450/11, Ley 1451/11, Ley 1453/11, Ley 1454/11, Ley 1460/11, Ley 1463/11, Ley 1473/11, Ley 1474/11, Ley 1475/11, Ley 1483/11, Decreto 77/87, Decreto 17/94, Decreto 111/96, Decreto 1173/98, Decreto 1280/02, Decreto 050/03, Decreto 205/03, Decreto 3260/04, Decreto 250/05, Decreto 785/05, Decreto 1227/05, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 1018/07, Decreto 3039/07, Decreto

4747/07, Decreto 028/08, Decreto 066/08, Decreto 2474/08, Decreto 2918/08, Decreto 168/09, Decreto 4975/09, Decreto 4976/09, Decreto 127/10, Decreto 128/10, Decreto 129/10, Decreto 130/10, Decreto 131/10, Decreto 132/10, Decreto 133/10, Decreto 134/10, Decreto 2945/10, Decreto 4579/10, Decreto 4580/10, Decreto 4627/10, Decreto 4629/10, Decreto 4673/10, Decreto 4703/10, Decreto 4718/10, Decreto 4719/10, Decreto 4728/10, Decreto 4747/10, Decreto 4821/10, Decreto 4822/10, Decreto 4823/10, Decreto 4824/10, Decreto 4825/10, Decreto 4826/10, Decreto 4827/10, Decreto 4828/10, Decreto 4829/10, Decreto 4831/10, Decreto 4832/10, Decreto 4833/10, Decreto 016/11, Decreto 017/11, Decreto 020/11, Decreto 126/11, Decreto 127/11, Decreto 128/11, Decreto 129/11, Decreto 130/11, Decreto 141/11, Decreto 142/11, Decreto 143/11, Decreto 144/11, Decreto 145/11, Decreto 146/11, Decreto 360/11, Decreto 373/11, Decreto 510/11, Decreto 635/11, Decreto 777/11, Decreto 827/11, Decreto 971/11, Decreto 1124/11, Decreto 1358/11, Decreto 1362/11, Decreto 1562/11, Decreto 1700/11, Decreto 2923/11, Decreto 3680/11, Decreto 3830/11, Decreto 3961/11, Decreto 4079/11, Decreto 4107/11, Decreto 4109/11, Decreto 4147/11, Decreto 4450/11, Decreto 4465/11, Decreto 4170/11, Decreto 4923/11, Decreto 4950/11, Decreto 4972/11, Resolución 4288/96, Resolución 1013/05, Resolución 1043/06, Resolución 3042/07, Resolución 3047/04, Acuerdo 382/08, Acuerdo 384/08, Acuerdo 386/08, Acuerdo 387/08, CONPES 91/05, CONPES 121/08, CONPES 122/09, CONPES 123/09, CONPES 131/09, CONPES 132/10, CONPES 136/10, CONPES 138/11, CONPES 140/11, CONPES 141/11, CONPES 142/11, CONPES 143/11, Circular 0018/04, Circular única de 2007, Circular 001/08, Circular 002/08, Circular 049/08, Circular 0024/09, Circular Externa 054 de 2009, Circular 002/10, Circular 003/11, Circular 004/11 y Circular 48/11.

En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue 4 153 habitantes; el 69 % residía en la zona rural, el 50,2 % fueron mujeres, el 54 % de los habitantes tenían Necesidades Básicas Insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2011, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron hipertensión esencial primaria, infección de vías urinarias y rinofaringitis aguda (resfriado común); por urgencias se encontró infección de vías urinarias, otros dolores abdominales y fiebre; por eventos prioritarios del SIVIGILA se encontró varicela individual, exposición rábica y enfermedad similar a la influenza (vigilancia centinela); la tasa de mortalidad en el 2011 fue de 13 muertes por 1.000 habitantes, las principales causas de mortalidad fueron enfermedades isquémicas del corazón, infecciones respiratorias agudas y diabetes mellitus. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud del municipio Trinidad, Casanare, 2008 a 2011.

Laura Milena Ferro, María Angélica Forero, José Edward Ortiz, Claudia Rincón Acevedo.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 10/90, Ley 60/93, Ley 80/93, Ley 100/93, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 141/94, Ley 152/94, Ley 179/94, Ley 181/95, Ley 361/97, Ley 387/97, Ley 388/97, Ley 507/99, Ley 550/99, Ley 614/00, Ley 617/00, Ley 691/01, Ley 696/01, Ley 643/01, Ley 715/01, Ley 909/04, Ley 982/05, Ley 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1176/07, Ley 1145/07, Ley 1151/07, Ley 1164/07, Ley 1438/11, Decreto 77/87, Decreto 1416/90, Decreto 1283/96, Decreto 1281/02, Decreto 2309/02, Decreto 050/03, Decreto 205/03, Decreto 3260/04, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 1018/07, Decreto 3039/07, Decreto 3990/07, Decreto 4747/07, Decreto 28/08, Decreto 317/08, Decreto 357/08, Resolución 4288/96, Resolución 412/00, Resolución 838/04, Resolución 1013/05, Resolución 3734/05, Resolución 1043/06, Resolución 1445/06, Resolución 5123/06, Resolución 812/07,

Resolución 2844/07, Resolución 3042/07, Resolución 3215/07, Resolución 3221/07, Resolución 3309/07, Resolución 425/08, Resolución 473/08, Resolución 2181/08, Resolución 3047/08, Resolución 3099/08, Resolución 4204/08, Resolución 5089/08, Resolución 2114/10, Acuerdo 025/95, Acuerdo 177/00, Acuerdo 244/03, Acuerdo/04, Acuerdo 384/08, Acuerdo 386/08, Acuerdo 387/08, Circular 018/04, Circular 01/08, Circular 003/10, Circular 04/10, Conpes 91/05, Conpes 112/08, Conpes 122/09, Conpes 123/09, Conpes 132 Conpes 133/10.

En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis. Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2009 fue de 12 716 de habitantes, con el 51 % de hombres; en la zona urbana se contaba con todos los servicios públicos a excepción del gas natural; en el área rural carecía de alcantarillado y algunos habitantes de energía eléctrica.

En el año 2009, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron control de crecimiento y desarrollo, infección aguda de vías respiratorias y caries; las causas de consulta por urgencias fueron fiebre clásica, rinofaringitis y heridas; las principales causas de hospitalización fueron celulitis de miembros y mucosas, síndrome febril y abscesos; las principales causas de defunción fueron enfermedades cerebro vasculares, impactos por arma de fuego y enfermedades pulmonares; los años de vida potencialmente perdidos de municipio fueron 520. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el

análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud territorial del municipio de Hato Corozal, Casanare, 2008 a 2011

Cristina Guarnizo Tibaduiza, Jaime Rodríguez Duran

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 29/75, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 80/93, Ley 100/93, Ley 42/93, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 179/94, Ley 181/95, Ley 361/97, Ley 387/97, Ley 388/97, Ley 507/99, Ley 550/99, Ley 614/00, Ley 617/00, Ley 687/01, Ley 691/01, Ley 715/01, Ley 762/02, Ley 909/04, Ley 909/04, Ley 982/05, Ley 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1145/07, Ley 1151/07, Ley 1164/07, Decreto 2011/76, Decreto 77/87, Decreto 1416/90, Decreto 035/94, Decreto 111/96, Decreto 1173/98, Decreto 276/00, Decreto 3260/04, Decreto 785/05, Decreto 1227/05, Decreto 050/03, Decreto 205/03, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 1018/07, Decreto 3039/07, Decreto 3990/07, Decreto 4747/07, Decreto 0028/08, Decreto 357/08, Resolución 4288/96, Resolución 412/00, Resolución 838/04, Resolución 1013/05, Resolución 3734/05, Resolución 1043/06, Resolución 1445/06, Resolución 1446/06, Resolución 3442/06,

Resolución 3577/06, Resolución 5123/06, Resolución 812/07, Resolución 2679/07, Resolución 2680/07, Resolución 2844/07, Resolución 3042/07, Resolución 3215/07, Resolución 3221/07, Resolución 3265/07, Resolución 3309/07, Resolución 3763/07, Resolución 123/08, Resolución 425/08, Resolución 473/08, Resolución 811/08, Resolución 1563/08, Resolución 1677/08, Resolución 1740/08, Resolución 1915/08, Resolución 1956/08, Resolución 2181/08, Resolución 2646/08, Resolución 3047/08, Resolución 3099/08, Resolución 3251/08, Resolución 3673/08, Resolución 3960/08, Resolución 4204/08, Resolución 5089/08, Resolución 413/09, Resolución 416/09, Acuerdo 382/08, Acuerdo 384/08, Circular 0001/08, Acuerdo 244/03, Acuerdo 267/04, Circular 0018/04, Conpes 78/04, Conpes/04, Conpes 91/05, Conpes 92/05, Conpes 100/06, Conpes 102/06, Conpes 109/07, Conpes 112/08,

En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis. Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2009 fue de 10.699 de habitantes, el 61% vivía en la zona rural del municipio; el 45% de hogares del área rural tenía necesidades básicas insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2009, las primeras causas de morbilidad en menores de cuatro años fueron enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades de cavidad bucal y enfermedad infecciosa y parasitaria; las principales causas de morbilidad en la población de 15 a 44 años fueron enfermedades de la cavidad bucal, enfermedades del sistema genitourinario (ivu, vaginitis) y enfermedades del sistema respiratorio (rinofaringitis, migdalitis) y la principales causas de morbilidad en la aprobación de 65 y más años fueron enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio (rinofaringitis,

amigdalitis) y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Los principales problemas identificados en el municipio fueron Falta de programas de aseguramiento y de atención a la población según el POSS frente a las reales necesidades de la Comunidad, falta de calidad y cobertura en la prestación de los servicios de promoción y prevención, coberturas insuficientes en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública, falta de información sobre los factores incidentes en las enfermedades por alimentos y consumo de agua no potable, falta de acciones que permitan la promoción y prevención de riesgos de salud en ámbitos laborales, alta de mapa de riesgos que determine los sitios críticos tanto en época de lluvias como en verano, que permita a la administración implementar acciones que disminuyen su ocurrencia. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud territorial, Flandes, Tolima, 2008-2011

Tania Carolina Hernández, Lorena Luz Muñoz

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 09//79, Ley 10/90, Ley 5/92, Ley 60/93, Ley/93, Ley 99/93, Ley 1151/07, Ley 1444/11, Ley 100/93, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 141/94, Ley 142/94, Ley 152/94, Ley 387/97, Ley 388 /97, Decreto 4580/10, Ley 617/00, Ley 691/01, Ley 715/01, Ley 756/02, Ley 819/03, Ley 909/04, Ley 951/05, Ley 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1150/07, Ley 1151/07, Ley 1176/07, Ley 1294/09, Ley 1233/08, Ley 1252/08, Ley 1373/10, Ley 1392/10, Ley 1393/10, Ley 1437/11, Ley 1438/11, Ley 1444/11, Ley 1446/11, Ley 1448/11, Ley 1450 /11, Ley 1451/11, Ley 1453/11, Ley 1454/11, Ley 1460/11, Ley 1463/11, Ley 1473/11, Ley 1474/11, Ley 1475/11, Ley 1483/11, Acuerdo 001/09, Acuerdo 003/09, Acuerdo 004/09, Acuerdo 005/09, Acuerdo 008/09, Acuerdo 009/09, Acuerdo 21/11, Acuerdo 028/11, Acuerdo 029/11, Decreto 77/87, Decreto 1770/94, Decreto 111/96, Decreto 1173/98, Decreto 1280/02, Decreto 050/03, Decreto 205/03, Decreto 3260/04, Decreto 250/05, Decreto 785/05,

Decreto 1227/05, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 1018/07, Decreto 3039/07, Decreto 4747/07, Decreto 028/08, Decreto 066/08, Decreto 2474/08, Decreto 2918/08, Decreto 168/09, Decreto 4975/09, Decreto 4976/09, Decreto 127/10, Decreto 128/10, Decreto 129/10, Decreto 130/10, Decreto 131/10, Decreto 132/10, Decreto 133/10, Decreto 134/10, Decreto 2945/10, Decreto 4579/10, Decreto 4580/10, Decreto 4627/10, Decreto 4629/10, Decreto 4673/10, Decreto 4703/10, Decreto 4718/10, Decreto 4719/10, Decreto 4728/10, Decreto 4747/10, Decreto 4821/10, Decreto 4822/10, Decreto 4823/10, Decreto 4824/10, Decreto 4825/10, Decreto 4826/10, Decreto 4827/10, Decreto 4828/10, Decreto 4829/10, Decreto 4831/10, Decreto 4832/10, Decreto 4833 de 2010, Decreto 016/11, Decreto 017/11, Decreto 020/11, Decreto 126/11, Decreto 127/11, Decreto 128/11, Decreto 129/11, Decreto 130/11, Decreto 141/11, Decreto 142/11, Decreto 143/11, Decreto 144/11, Decreto 145/11, Decreto 146/11, Decreto 360/11, Decreto 373/11, Decreto 510/11, Decreto 635/11, Decreto 777/11, Decreto 827/11, Decreto 971/11, Decreto 1124/11, Decreto 1358/11, Decreto 1362/11, Decreto 1562/11, Decreto 1700/11, Decreto 2923/11, Decreto 3680/11, Decreto 3830/11, Decreto 3961/11, Decreto 4079/11, Decreto 4107/11, Decreto 4109/11, Decreto 4147/11, Decreto 4450 /11, Decreto 4465/11, Decreto 4170/11, Decreto 4923/11, Decreto 4950/11, Decreto 4972/11, Resolución 4288/96, Resolución 1013/05, Resolución 1043/06, Resolución 3042/07, Resolución 3047/07, Resolución 425/08, Resolución 3047/08, Resolución 3459/10, Resolución 150/10, Resolución 216/11, Resolución 353/11, Resolución 2229/11, Resolución 3470/11, Acuerdo 025/95, Acuerdo 117/98, Acuerdo 185/00, Acuerdo 244/03, Acuerdo 267/04, Acuerdo 382/08, Acuerdo 384/08, Acuerdo 386/08, Acuerdo 387/08, CONPES/05, CONPES 121/08, CONPES 122/09, CONPES 123/09, CONPES/09, CONPES 132/10, CONPES/10, CONPES 138/11, CONPES 140/11, CONPES 141/11, CONPES 142/11, CONPES 143/11, Circular 0018/04, Circular 001/08, Circular 002/08, Circular 049/08, Circular 0024/09, Circular

054/09, Circular 002/10, Circular 003/11, Circular 004/11 y Circular 48/11.

En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis. Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2005 fue de 27 943 de habitantes, con el 51 % de hombres.

En el año 2005, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron control de crecimiento y desarrollo, rinofaringitis aguda (resfriado común), supervisión de otros embarazos normales; las causas de consulta por urgencias fueron rinofaringitis aguda (resfriado común), fiebre, no especificada diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; por eventos de notificación al SIVIGILA fueron enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y tuberculosis pulmonar; la tasa de mortalidad fue de 50 x 1.000 habitantes las principales causas de defunción fueron enfermedades isquémicas del corazón, tumor maligno parte no y enfermedades crónicas de las vías respiratorias. se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un

lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud territorial municipio de Caloto, Cauca, 2008 a 2011

Yaneth Cristina Acevedo, Claudia Lorena Dinás, Jorge Alberto Gómez, Marta Patricia López

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 100/93, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 790/02, Ley 1122/07, Ley 100/93, Ley 1176/07, Acuerdo 117/98, Acuerdo 57/97, Acuerdo 244/03, Acuerdo 0283/05, Acuerdo 0284/05, Acuerdo 0285/05, Acuerdo 0287/05, Acuerdo 0289/05, Acuerdo 0290/05, Acuerdo 0292/05, Acuerdo 0293/05, Acuerdo 0294/05, Acuerdo 0297/05, Acuerdo 0299/05, Acuerdo 0300/05, Acuerdo 0301/05, Acuerdo 0302/05, Acuerdo 306/05, Acuerdo 0336/06, Conpes 3297/04, Conpes 91/05, Conpes 98/06, Conpes 102/06, Conpes 104/07, Decreto 205/03, Decreto 1891/94, Decreto 1890/95, Decreto 050/03, Decreto 2131/03, Decreto 3818/03, Decreto 2193/04, Decreto 3154/04, Decreto 3003/05, Decreto 1011/06, Decreto 1500/07, Decreto 1575/07, Decreto 3974/07, Decreto 4747/07, Resolución 968/02, Resolución 002/03, Resolución 1541/03, Resolución 2530/03, Resolución 3818/03, Resolución

0816/04, Resolución 3067/04, Resolución 1013/05, Resolución 0966/06, Resolución 1149/06, Resolución 2844/07, Resolución 3042/07, Resolución 3309/07, Resolución 3309/07, Circular 013/02, Circular 0052/02, Circular 0006/04, Circular 0018/04 Y Circular 0064/05.

En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis. Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue de 17 499 de habitantes, el 74 % correspondieron a habitantes del área rural, el 50,7 % mujeres; el 13,9 % de la población tenía necesidades básicas insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2005, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron control de salud de rutina del niño, rinofaringitis aguda (resfriado común) y examen médico general; las principales causas de consulta por urgencias fueron otros dolores abdominales y los no especificados, fiebre, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; por eventos de notificación al SIVIGILA fueron enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y exposición rábica; la tasa de mortalidad fue de 57 por 10.000 habitantes las principales causas de defunción fueron accidentes cerebro vasculares, homicidios y enfermedades isquémicas del corazón. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los

elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud del municipio de la Calera, Cundinamarca, 2007.

Andrea Cristancho Amaya, Rodrigo Benavides Lopez, Maria Isabel Bermudez Forero, Paula Andrea Borda Osuna

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 152/94, Ley 388/97, Ley 789/02, Ley 812/03, Decreto 1525/94, Decreto 1891/94, Resolución 4288/96, Resoluciones 412/00, Acuerdo 117/98, Acuerdo 117/98, Circular 014/04. En el marco conceptual se incluyen seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis. Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue de 27.370 de habitantes, el 51% fueron hombres, el 74% correspondieron a habitantes del área rural.

En el año 2007, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron control infecciones respiratoria aguda, infección

tracto urinario y enfermedad del aparato digestivo; las principales causas de consulta por urgencias fueron trauma, infección respiratoria aguda y dolor abdominal; por eventos de notificación al SIVIGILA fueron hepatitis A, rubeola y parotiditis. económicas, de educación, se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio; se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, propósito, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base datos por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan territorial de salud del municipio de Cajicá, Cundinamarca, 2012 a 2016.

Víctor Manuel Martínez, Ángela María Roa, Claudia Lorena Táquez,
Anibal Alfonso Teherán

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 179/94, Ley 715/05, 1176/07, Ley 1473/11, Ley 1474/11, Decreto 111/96, Decreto 4703/10, Resolución 5535/10, Circular 001/08, Conpes 137/11, Conpes 141/11, Conpes 146/2012 y Conpes 148/12.

En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue 52.244 habitantes; el 61% ubicada en la zona

urbana, el 27% de la población de la zona urbana cuentan con servicio de acueducto, el 95% con servicio de alcantarillado, el 12.7% de la población tenía necesidades básicas insatisfechas. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2011, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivales y las mandíbulas, enfermedades hipertensivas y artropatías ; por urgencias se encontró infecciones respiratorias superiores agudas, enfermedades intestinales infecciosas y dorsopatías; las principales causas de hospitalización fueron cistitis y otras enfermedades del sistema urinario, parto y enfermedades respiratorias inferiores crónicas; las principales causas de mortalidad fueron enfermedades isquémicas del corazón, infecciones respiratorias agudas y enfermedades cerebro vasculares. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de salud Territorial del municipio de Leticia, Amazonas, 2008 a 2011.

Astrheed Villarreal Pereira, Yeimy Duque Ocampo

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 131/94, Ley 134/94, Ley 142/94, Ley 152/94, Ley 388/97, Ley 617/00, Ley 691/01, Ley 715/01, Ley 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1151/07, Ley 1176/07, Ley 1438/11, Decreto 77/87, Decreto 3260/04, Decreto 1011/06, Decreto 2323/06, Decreto 3518/06, Decreto 1018/07, Decreto 3990/07, Decreto 4747/07, Decreto 3039/07, Decreto 0028/08, Decreto 357/08, Resolución 4288/96, Resolución 412/00, Resolución 838/04, Resolución 1013/05, Resolución 3734/05, Resolución 1043/06, Resolución 1445/06, Resolución 1446/06, Resolución 3442/06, Resolución 5123/06, Resolución 812/07, Resolución 2680/07, Resolución 3042/07, Resolución 425/08, Resolución 1677/08, Resolución 1740/08, Resolución 1915/08, Resolución 1956/08, Circular 0018/04, Circular 0001/08, Circular 0024/09, Conpes 91/05, Conpes 100/06, Conpes 112/08, Conpes

122/09, Conpes 123/09, Conpes 130/09, Conpes 132/10 y Conpes 134/10.

En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue 16 487 habitantes; el 57 % ubicada en la zona urbana, el 51 % fueron hombres. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2011, las primeras causas de morbilidad por consulta externa fueron infección de vías respiratorias superiores, caries dental, gingivitis y enfermedades periodontales ; por urgencias se encontró infecciones de vías respiratorias superiores, enfermedad diarreica aguda e infección de vías urinarias; las principales causas de hospitalización fueron trauma, enfermedad diarreica aguda, infección de vías respiratorias superiores y fiebre de origen desconocido; por eventos de notificación al SIVIGILA fueron accidente ofídico, dengue clásico y enfermedad transmitida por alimentos; la tasa de mortalidad fue 37 por 1000 habitantes, las principales causas de mortalidad fueron agresiones, infecciones respiratorias agudas y enfermedades cardiovasculares; los años de vida potencialmente perdidos fueron 3250. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de

financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan integral de desarrollo de salud mental del Distrito Capital, Colombia, 2011.

Iván Padilla, Omar López, Guillermo Gutiérrez y Sonia Pérez.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo, realizar el análisis de la situación de salud del distrito, formular el plan de salud mental, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 23/81, Ley 30/86, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 361/97, Ley 715/01, Ley 906/04, 1098/06, Ley 1122/07, Ley 1438/11.

En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue de 7.403.515 habitantes; el índice de condiciones de vida fue de 90.1, el 90.7% de la población contaba con servicio de acueducto, el 99% con servicio de alcantarillado, el 92% con servicio de telefonía y el 99% con servicio de energía.

En el año 2009 se registraron 18.777 casos al sistema SIVIM; las localidades que reportaron mayor número de casos fueron San Cristóbal (7.6%), Usaquén (6.2%) y Santa Fe (1.16%); los principales grupos de edad fueron niños de 10 a 14 años (17%), niños de 5 a 9 años (15.1%) y niños de 1 a 4 años (15%); los principales tipos de violencia reportados fueron emocional (48%), negligencia (24%) y física (12%); las principales causas de morbilidad fueron fobia específica, trastorno depresivo mayor y ansiedad por separación adulto; en consumo “alguna vez en la vida” las principales sustancias que se consumieron fueron alcohol, tabaco y marihuana; se reportaron 2568 de muertes violentas en Bogotá; las principales causas fueron homicidios, muerte en accidente de tránsito y suicidios. Se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del distrito.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.

Plan de Salud Territorial municipio de Orocué, 2012.

Oscar Rafael Saraza, Eunice Rodríguez, Nubia Silva Pérez.

Objetivos específicos: identificar el marco normativo y legislativo de los Planes territoriales de salud en Colombia, realizar el análisis de la situación de salud del municipio, identificar los eventos prioritarios en salud y sus factores de riesgo, garantizar el acceso a la atención integral de salud, proponer soluciones para los problemas identificados, establecer el plan anual de inversiones y sus fuentes de financiación, realizar el plan de evaluación y de seguimiento del Plan.

Metodología: se hizo la revisión de los documentos que constituyen el marco normativo, legislativo y conceptual; se buscó los datos referentes a ubicación geográfica, población, características económicas, de educación, sociales, de dotación social, de salud, de servicios públicos, datos de morbilidad y de mortalidad.

Resultados: Se identificó el marco normativo que parte de la Constitución política de 1991, Ley 9/79, Ley 30/86, Ley 38/89, Ley 10/90, Ley 100/93, Ley 134/94, Ley 136/94, Ley 152/94, Ley 294/96, Ley 361/97, Ley 375/97, Ley 387/97, Ley 388/97, Ley 715/01, Ley 789/02, Ley 790/02, Ley 812/03, Ley 1010/06, Resolución 13382/84, Resolución 7559/84, Resolución 5165/94, Resolución 139/02, Resolución 0005/00, Resolución 1895/01, Resolución 1541/03, Resolución 002/03, Resolución 2530/03, Resolución 0375/06, Decreto 1562/84, Decreto 1681/84, Decreto 3788/86, Decreto 1525/94, Decreto 1918/94, Decreto 1891/94, Decreto 1557/94, Decreto 1222/86, Decreto 1421/93, Decreto 173/98, Decreto 2676/00, Decreto 2569/00, Decreto 2309/02, Decreto 205/03, decreto 2131/03, , Decreto 177/04, Decreto 616/06, CONPES 102, CONPES 2847/96, CONPES 3077/00, CONPES 097/08.

En el marco conceptual se incluyen los seis enfoques, los ocho principios generales del Plan territorial, las cinco líneas de política de

salud nacionales, incorpora las diez prioridades nacionales en salud y los seis ejes programáticos, adoptados del Plan Nacional de Salud Pública y del Ministerio de Protección Social.

Se identificaron las características geográficas, políticas, sociales, educativas y económicas del municipio; la población proyectada para el año 2011 fue de 1533 habitantes; el 93 % de la población cuenta con servicio de acueducto, el 10 % con servicio de alcantarillado, y el 36 % con servicio de energía. se realizaron encuestas, se obtuvo mapas en Planeación, se hicieron mapas de riesgo y de factores de riesgo del municipio.

En el año 2007 se notificaron 384 casos de enfermedad diarreica aguda y 658 casos de infección respiratoria aguda; se encontró una tasa de mortalidad infantil fue de 26.79 x 10.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 63 por 100.000 habitantes; los principales factores de riesgo de la mortalidad perinatal fueron bajo nivel educativo, madres menores de edad y periodo de gestación. Se establecieron los eventos prioritarios de salud.

Se realizó Visión y Misión para el Plan, objetivos, metas y estrategias por eje programático, como base para los programas y proyectos que buscan dar solución a los problemas identificados en el análisis de situación de salud; se presenta el plan de inversiones y sus fuentes de financiación, incluyendo los planes plurianuales de inversiones por eje programático; se presentan además los elementos de seguimiento y evaluación del Plan, incluyendo los resultados esperados con los indicadores de resultado del Plan, teniendo los referentes de línea base dados por el Ministerio por un lado y los indicadores relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio por el otro.