

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ITAGÜÍ

GLORIA FLÓREZ CARDONA

**FACULTAD DE MEDICINA
“MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD”**

UNIVERSIDAD CES

MEDELLÍN

2011

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ITAGÜÍ

**ESTUDIANTE
GLORIA FLÓREZ CARDONA**

**ASESOR
DR. JORGE JULIAN OSORIO**

**FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER EN ADMINISTRACION EN SALUD**

**MEDELLÍN
2011**

CONTENIDO

TABLA DE ANEXOS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
PRESENTACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEA	14
JUSTIFICACION	15
OBJETIVOS	25
OBJETIVO GENERAL	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
METODOLOGÍA.....	27
ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN:.....	27
TIPO DE ESTUDIO	27
POBLACIÓN DE REFERENCIA	27
VARIABLES PRELIMINARES.....	28
PROCESAMIENTO Y GENERACION DE RESULTADOS	31
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	31
PRODUCTOS A ENTREGAR:	31
CAPÍTULO 1.	36
1.1 INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA.....	36
1.1.1 DIVISIÓN POLÍTICO – ADMINISTRATIVA. MUNICIPIO DE ITAGÜÍ	39
1.1.2 HABITANTES POR M ² SEGÚN BARRIOS, 2010	39
1.1.3 POBLACIÓN POR COMUNA.....	39
POBLACIÓN POR COMUNA PROYECCION DANE 2010..... ¡Error! Marcador no definido.	
1.1.4 ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, 2010	40

1.1.5 HABITANTES POR RANGO DE EDAD - HOMBRES 2010. ¡Error! Marcador no definido.	
1.1.6 HABITANTES POR RANGO DE EDAD - MUJERES 2010	43
1.1.7 NÚMERO DE HABITANTES SEGÚN ESTRATO	44
1.1.8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ESTRATO 2010.....	
1.1.9 ÍNDICE DE MASCULINIDAD POR GRUPO DE EDAD, 2010.....	
1.1.10 GRANDES GRUPO DE EDAD POR SEXO	48
1.1.11 ESTADO CONYUGAL POR GRUPO DE EDAD, 2010	50
1.1. 12 INDICADORES POBLACIONALES.....	51
1.1.13 POBLACIÓN POR GRUPO, EDAD, SEXO Y ZONA DE UBICACIÓN.....	51
CAPÍTULO 2	54
2.1 NATALIDAD Y FECUNDIDAD	54
2.1.1 NACIDOS VIVOS POR SEXO 2006-2010.	56
2.1.2 CURVA DE NACIMIENTOS 2006-2010	
2.1.3 LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE	
2.1.4 DISTRIBUCIÓN POR PESO AL NACER, 2010	62
2.1.5 NACIDOS VIVOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE.....	63
2.1.6 EDAD DE LA MADRE AL NACER - 2010	65
2.1.7 TIPO DE PARTO.....	66
2.1.8 MES DEL NACIMIENTO	67
2.1.9 TASA BRUTA DE NATALIDAD.....	68
2.1.10 TASA DE FECUNDIDAD GENERAL.....	
CAPÍTULO 3	69
3 MORTALIDAD.....	69
3.1 DISTRIBUCIÓN DE LA POSIBLE CAUSA DE MUERTE 2010.....	73
3.2 DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE MUERTE.....	75
3.3 DEFUNCIONES POR SEXO.....	
3.4 PROBABILIDAD DE MUERTE POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.....	77
3.5 TASA DE MORTALIDAD POR 1000 HABITANTES	79

CAPÍTULO 4	82
4.1 MORBILIDAD	82
4.1.1 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA.....	83
4.1.3 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	88
4.1.4 DIEZ CAUSAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.....	90
CAPÍTULO 5	91
SITUACIÓN NUTRICIONAL.....	91
5.1 POBLACIÓN OBJETIVO.....	91
5.1 TOTAL DE ESTUDIANTES EVALUADOS EN CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE ITAGÜÍ.....	92
5.2 MATERIALES Y MÉTODOS	94
5.3 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	94
5.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	95
5.5 CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	95
5.6 RESULTADOS	96
5.7 DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LOS NIÑOS DE CADA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A LOS CUALES SE LES REALIZÓ VALORACIÓN NUTRICIONAL.....	96
5.8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GÉNERO DE LA POBLACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS EN DONDE SE REALIZÓ VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA	99
5.9 CLASIFICACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO	100
5.9.1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD CLASIFICADA POR GRUPOS Y POR GÉNERO	100
5.10 CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.....	101
5.10.1 INDICADOR PESO/TALLA MENORES DE LAS I.E.	101
5.10.2 INDICADOR TALLA/EDAD	102
5.10.3 INDICADOR GENERAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL.	103
5.10.3.1 SOBRE PESO:.....	104
5.10.3.3 INDICADOR ÍNDICE DE MASAS CORPORAL (IMC)/EDAD.....	106

5.10.3.4 DISTRIBUCIÓN DEL INDICADOR IMC/EDAD EN LOS ESTUDIANTES EVALUADOS	106
5.10.4 DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL POR GÉNERO	106
5.10.4.1 INDICADOR TALLA/EDAD POR GÉNERO	106
5.10.4.2 DISTRIBUCIÓN DEL INDICADOR TALLA/EDAD POR GÉNERO EN EL TOTAL DE LOS NIÑOS EVALUADOS	107
5.10.4.3 INDICADOR ÍNDICE DE MASAS CORPORAL (IMC)/EDAD POR GÉNERO.....	107
5.10.4.4 DISTRIBUCIÓN DEL INDICADOR IMC/EDAD POR GÉNERO EN EL TOTAL DE LOS NIÑOS EVALUADOS	108
5.10.4.5 DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL POR GRUPO DE EDAD	108
INDICADOR TALLA/EDAD POR GRUPO DE EDAD.....	108
5.10.4.6 INDICADOR ÍNDICE DE MASAS CORPORAL (IMC)/EDAD POR GRUPO DE EDAD	109
5.10.4.7 DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LOS ESCOLARES EVALUADOS DE ACUERDO AL INDICADOR IMC/EDAD.....	110
5.10.4.8 DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL POR GRADO DE ESCOLARIDAD.....	110
INDICADOR TALLA/EDAD POR GRADO DE ESCOLARIDAD	110
5.10.4.9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL INDICADOR TALLA/EDAD POR GRADO DE ESCOLARIDAD.....	111
5.10.4.10 INDICADOR DE ÍNDICE DE MASAS CORPORAL (IMC) POR GRADO DE ESCOLARIDAD.....	112
5.10.4.11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL INDICADOR IMC POR GRADO DE ESCOLARIDAD.....	
5.10.5 DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL POR INSTITUCIÓN EDUCATIVA INDICADOR TALLA/EDAD POR INSTITUCIÓN EDUCATIVA	113
5.10.5.1 INDICADOR IMC/EDAD POR INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	117
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL INDICADOR IMC POR INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	117

ANEXOS	127
ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DEL INDICADOR TALLA/EDAD DE ACUERDO AL GRADO DE ESCOLARIDAD EN EL CUAL SE ENCUENTRAN LOS ESTUDIANTES EVALUADOS EN EL MUNICIPIO DE ITAGUI.2010.	127
CLASIFICACIÓN DEL INDICADOR ÍNDICE DE MASAS CORPORAL IMC/EDAD DE ACUERDO AL GRADO DE ESCOLARIDAD EN EL CUAL SE ENCUENTRAN LOS ESTUDIANTES EVALUADOS EN EL MUNICIPIO DE ITAGUI.2010.	128
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	130

ANEXOS

Anexo 1. Clasificación del indicador talla/edad de acuerdo al grado de escolaridad en el cual se encuentran los estudiantes evaluados en el municipio de Itagui.2010.

Anexo 2. Clasificación del indicador Índice de Masas Corporal IMC/edad de acuerdo al grado de escolaridad en el cual se encuentran los estudiantes evaluados en el municipio de Itagui.2010.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud –OMS– define la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad o deterioro. La enfermedad puede definirse como una respuesta inadecuada a un agotamiento de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos a los que está expuesto. El proceso conlleva una perturbación de la estructura y/o función de un órgano, de un sistema, de la totalidad del organismo o de sus funciones vitales. De cualquier forma, no se trata de un fenómeno homogéneo. ⁽¹⁾

En el diagnóstico de la situación de salud se definen los problemas y necesidades de la comunidad, permitiendo formular políticas de salud, programación de actividades y distribución de los recursos. Incluye el estado de salud y la estructura de salud. Es una etapa previa a la planeación y permite recolectar, procesar, almacenar y analizar la información necesaria para tener una visión real de la situación de la salud de la comunidad y de todos aquellos factores que modifican o alteran el proceso salud-enfermedad de una comunidad. Se deben identificar los recursos disponibles para resolver o controlar las problemáticas y plantear las alternativas de solución a las situaciones encontradas. ⁽¹⁾

De acuerdo a lo anterior se concluye que el Municipio de Itagüí, requiere actualizar el diagnóstico para conocer la situación de salud, con el fin de tomar acciones para la distribución de recursos, implementar estrategias y rediseñar planes y proyectos encaminados a solucionar los problemas más sentidos de la comunidad. ⁽¹⁾

Mediante la utilización de fuentes secundarias y algunas primarias del año 2010, el estudio ha caracterizado la situación de salud del Municipio, mediante el análisis de algunas características demográficas, sociales y económicas, mortalidad registrada, nacimientos, morbilidad y condiciones nutricionales.

El estudio comprendió la Investigación Empírico Analítica, de las bases de datos registradas en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Dirección Local de Salud del Municipio, RIPS, e información del DANE, en el tema del diagnóstico nutricional se realizó una muestra al 10% de los menores en edades entre los 6 y los 18 años habitantes del Municipio de Itagüí. ⁽¹⁾

ABSTRACT

The World Health Organization - OMS - defines the health as the complete condition of physical, mental and social well-being and not only as the absence of disease or deterioration. The disease can be defined as an inadequate response to a depletion of the mechanisms of adjustment of the organism and a lack of reaction to the stimuli to which it is exposed. The process carries a disturbance of the structure and / or function of an organ, of a system, of the totality of the organism or of his vital functions. Of any form, it is not a question of a homogeneous phenomenon.

In the diagnosis of the situation of health there are defined the problems and needs of the community, allowing to formulate policies of health, programming of activities and distribution of the resources. It includes the bill of health and the structure of health. It is a stage before the planning and allows to gather, to process, to store and to analyze the necessary information to have a royal vision of the situation of the health of the community and of all those factors that modify or alters the process health - disease of a community. The available resources must be identified to resolve or to control the problematic ones and to raise the alternatives of solution to the opposing situations.

In agreement to the previous thing one concludes that Itagüí's Municipality, it needs to update the diagnosis to know the situation of health, in order to take actions for the distribution of resources, to implement strategies and to re-design plans and projects directed when the problems to solve more senses of the community.

By means of the utilization of secondary sources and primary some of the year 2010, the study has characterized the situation of health of the Municipality, by means of the analysis of some demographic, social and economic characteristics, registered mortality, births, morbidity and nutritional conditions.

The study understood the Investigation Empirically Analytical, of the databases registered in the Sectional Direction of Health of Antioch, Local Direction of Health of the Municipality, RIPS, and information of the DANE, in the topic of the nutritional diagnosis I realize a sample to 10 % of the minors in ages between the 6 and 18 years inhabitants of Itagüí's Municipality

INTRODUCCION

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, departamento o, municipio. ⁽²⁾

Todas estas poblaciones pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables. ⁽²⁾

El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población. ⁽²⁾

Algunos de los componentes del estado de salud de la población los podemos desglosarlos de la forma siguiente:

1. Información socio demográfica población, características demográficas, sociales, dinámica poblacional, indicadores poblacionales, etc.
2. Natalidad y Fecundidad.
3. Mortalidad.
4. Morbilidad
5. Situación Nutricional

En el presente diagnostico se abordaron los 5 aspectos que se relacionan en el párrafo anterior, teniendo en cuenta información registrada para el municipio de Itagüí ⁽²⁾

ANTECEDENTES.

Itagüí fue fundado en el año de 1.743 por los Presbíteros Francisco de Saldarriaga y Francisco de Reaza, quienes donaron los terrenos para construir la Capilla y las primeras calles del poblado y erigido como parroquia con jurisdicción civil y Concejo Municipal el 7 de Marzo de 1832, siendo nombrado como primer Alcalde el señor Francisco Vélez. Esto ocasionó el inicio de la organización administrativa y urbanística colonial de la nueva entidad territorial, se diseñó el parque principal en terrenos donados por sus propietarios y se finalizó la construcción del templo de Nuestra Señora del Rosario. ⁽³⁾

A partir de ese momento se inicia la expansión con el trazado de calles, puentes, más la construcción de una escuela y la cárcel. Toman asiento en jurisdicción grandes empresas como: Coltejer, Curtimbres, Furesa, Auteco entre otras. ⁽³⁾

Por ser paso obligado de Medellín hacia el occidente colombiano y ser la entrada al Valle de Aburrá, se crean asentamientos urbanos de consideración, lo que llevó a un crecimiento desbordado de la población y un desordenado incremento de la actividad Industrial, que si bien mejoró los ingresos de la administración municipal, aumentó aún más el desorden. ⁽³⁾

Solo hasta 1920 se crean juntas de carácter privado y comienza el ordenamiento de la ciudad. En 1955, el alcalde Militar Mayor Alfonso Sánchez León, mediante acuerdo 33 de ese año, autorizó la exención de impuestos a las Industrias durante diez años, ocasionando un incremento en el asentamiento Industrial y de la población del 342%, en un lapso de diez años (de 8445 habitantes paso a 28836).

El territorio ocupado por Itagüí perteneció hasta 1774 al Curato de Medellín. Luego por los años 1825, solo era una modesta coadjutoría del Municipio de Envigado y fue fundado en el año 1831, desmembrado del curato de Envigado. En aquella época existía ya una capilla dedicada a Nuestra Señora del Rosario, así como un gran lote de terreno para la construcción de una plazoleta y la conformación de calles y manzanas. ⁽³⁾

A finales de los años 60 se incrementa el asentamiento industrial en el costado occidental de la autopista sur, produciendo saturación y contaminación ambiental, obligando a la administración a generar acciones para ejercer los controles necesarios. ⁽³⁾

Al parecer de varios historiadores, la voz Itagüí puede provenir de las palabras Catías (itahui: evitar, dejar en paz) o chibcha (ytinguen: dedo de la mano) o de la conformación de la palabra en lengua catía: Itagüí (ita: montaña) (cui: curi), que significa montaña de los curies. Uno de los mitos que se ha creado alrededor de la historia del municipio consiste en afirmar sobre la existencia del “CACIQUE BITAGUI Y SU GRAN TRIBU, tal y como lo cita Agapito Betancur en su monografía de Itagüí. Y el historiador Emilio Robledo cuando afirma sobre la existencia de las tribus Bitagüíes. ⁽³⁾

Pero la existencia prehispánica de este cacique y su tribu no han sido demostradas históricamente. Según el diccionario Folklórico Antioqueño, Mazo Gómez sostiene que el nombre de este municipio proviene de HITA: mano y Guei: esposa o ama. Sin embargo, algunos sostienen que el nombre proviene de los Bitagüí, tribu que al parecer hábito este territorio, aunque esto puede ser solo una leyenda. ⁽³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo.⁽⁴⁾

No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevado. Como consecuencia, la salud suele convertirse en un tema político, ya que los gobiernos intentan satisfacer las expectativas de la población.⁽⁴⁾

Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. Las «circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen» influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad. No obstante, el acceso oportuno a los servicios sanitarios también es crítico:

Una combinación de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. (esto no se puede conseguir, excepto para una pequeña minoría de la población), sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente. Es lo que determina si las personas pueden permitirse el uso de los servicios sanitarios cuando los necesitan.⁽⁴⁾

Con el fin de tener una visión clara de cómo se encuentra la salud en nuestro Municipio, se plantea este diagnóstico de la situación de salud que permita definir algunos de los problemas y necesidades de la comunidad, permitiendo formular políticas de salud, programación de actividades y distribución de los recursos. Incluye el estado de salud y la estructura de salud. Es una etapa previa a la planeación y permite recolectar, procesar, almacenar y analizar la información necesaria para tener una visión real de la situación de la salud de la comunidad y de todos aquellos factores que modifican o alteran el proceso salud-enfermedad de una comunidad. Se deben identificar los recursos disponibles para resolver o controlar las problemáticas y plantear las alternativas de solución a las situaciones encontradas.⁽⁴⁾

El Municipio de Itagüí, requiere actualizar el diagnóstico con información 2010 que le permita conocer la situación real de algunos aspectos de salud, con el fin de tomar acciones para la distribución de recursos, implementar estrategias y rediseñar planes y proyectos encaminados a solucionar los problemas más sentidos de la comunidad.

El gobierno local se enfrenta a cuestiones fundamentales en su lucha por alcanzar los objetivos en salud:

1. ¿Dónde invertir los recursos de salud de manera eficiente?
2. ¿Cómo brindar un servicio de salud con mayor calidad?
3. ¿Cuáles son los indicadores más representativos en salud?

JUSTIFICACION

El Ministerio de Salud en su Resolución 968 de julio del 2002 establece los mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al Plan de Atención Básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial y el decreto 3039 de 2007 por medio el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.⁽⁵⁾

En su artículo 2, tiene contemplado la presentación del Plan de Atención Básica a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, en el cual los alcaldes municipales y distritales deberán presentar a dicho consejo la información de su jurisdicción relacionada con los siguientes aspectos: Diagnóstico de la Situación de Salud del municipio o distrito, Problemas de salud identificados, Resultados de la priorización de los problemas de salud de la localidad.⁽⁵⁾

Para el orden municipal en cuanto al sector salud se siguen los siguientes lineamientos: la formulación, ejecución y evaluación planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones de orden nacional y departamental. Esta ley propende por el impulso de los mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud. Para el municipio se promoverán planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales, además el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.⁽⁵⁾

En cuanto a salud pública se tiene en cuenta las siguientes pautas: adoptar, implementar y acoger las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones de orden nacional y departamental así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal. Se debe establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial. (Información de Salud base para la acción. Situación de Salud Municipio de Itagüí. Itagüí, 2006-2007,)⁽⁵⁾

MARCO TEORICO

La situación de salud de una población está dada no sólo por las condiciones biológicas, sino que responde al contexto sociocultural donde se desenvuelve. La salud debe ser una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben, orientado en la práctica, de modo que sea aceptable por éstos y apoyados por una infraestructura adecuada. ⁽⁶⁾

Las condiciones de vida hacen parte de la calidad de vida del ser humano, por ser fundamentales en su desarrollo y en la satisfacción de necesidades materiales. Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, éstas son fundamentales para el bienestar del ser humano; las condiciones de vida son el conjunto de bienes que conforman la parte social de la existencia humana, están conformadas por: salud, educación, alimentación, sanidad ambiental y vivienda, y en algunos casos incluye el medio cultural y político, por ser el entorno social el que influye en la formación de las capacidades humanas estado de salud, (nivel de conocimientos) y el logro de objetivos (seguridad, integridad personal, respeto a la dignidad humana, ejercicio de la libertad y derechos políticos). ⁽⁶⁾

El estado de salud es la descripción de las condiciones de salud, medidas o no, de una persona o población en un momento dado. Incluye el nivel de salud, la estructura de salud y los factores condicionantes de la salud.

El perfil epidemiológico de una comunidad, incluye el análisis de la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo que afectan el comportamiento de estos indicadores. ⁽⁶⁾

La **mortalidad** es el indicador del estado de salud más adecuado para identificar los problemas de salud relevante, trascendente y sus cambios a través del tiempo. La ocurrencia de la muerte en algunas ocasiones depende de factores heredados o congénitos, de la constitución del individuo y las influencias ambientales. ⁶

La mortalidad es un tema de gran interés dentro del país teniendo en cuenta que las muertes que mas repercuten, son en su mayoría evitables, debido a medidas preventivas de control como posibles soluciones o intervenciones a nivel social que disminuyan su agudeza o al menos tituladas como puntos de alertas como posible baja del aumento Poblacional. ⁽⁶⁾

Según la Organización Mundial de la Salud se define la **morbilidad** a toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico y como enfermedad a un estado que teórica o prácticamente impide al individuo desempeñar sus funciones sociales, profesionales o de otro tipo. La morbilidad es el número proporcional de personas afectadas por una enfermedad definida en una población y un período determinado. ⁽⁶⁾

Se puede medir en términos de personas enfermas o episodios de enfermedad, en cualquiera de estos dos casos puede estimarse la duración del fenómeno. Cuando se miden debe tomarse varios factores propios de la morbilidad que no se encuentran en la mortalidad. Así, una enfermedad puede ocurrir varias veces en la misma persona, durar horas o años, ser muy severa, moderada o leve e influir en mucho o nada la cotidianidad del ser humano. ⁽⁶⁾

Desde finales de la década de los 80 en Colombia se han realizado cambios radicales al interior de las instituciones. Con la Ley 10 de 1990 definió la salud como un servicio público a cargo de la Nación, siendo los servicios públicos gratuitos y administrados por las entidades territoriales, los entes descentralizados y las personas privadas.

Esta Ley dio las pautas para la descentralización en el sector salud, otorgando a los municipios y departamentos competencias y recursos para que se hagan responsables de la salud de sus habitantes, se da entonces la responsabilidad a los municipios de direccionar la prestación de los servicios de primer nivel de atención.

Unos meses después la Constitución Nacional de 1991 es promulgada y retoma claramente muchos propósitos de la Ley 10 de 1990, Afirma que “los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”. También aquí se amplía el enfoque de salud y se hace el mandato para la construcción de un nuevo sistema de salud, que lleve al logro de la cobertura universal de salud, es decir que garantice a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y que la atención sea gratuita y obligatoria. Además declara la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes para obtener calidad de vida acorde con la dignidad humana.⁽⁶⁾

La Ley 60 de 1993, que crea una estructura administrativa y financiera para el sector salud, define además la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales y fortalece los aportes para el sector salud en estos niveles de administración, consolidando el proceso iniciado con la Ley 10 de 1990. También esta ley establece explícitamente la asignación de subsidios para el acceso a los servicios de salud de la población más pobre.

A finales 1993 se promulga la Ley 100, para dar cumplimiento a la carta magna de construir un nuevo sistema de seguridad social, el cual es un proyecto estructural que cambia y reorganiza el proceso de prestación de servicios de salud.

Esta ley busca el mejoramiento en las condiciones de salud de los colombianos por medio de la equidad e igual estar acorde con las exigencias internas de cambio global en todos los sectores. ⁽⁶⁾

En diciembre 21 del año 2001 se promulga la Ley 715 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (acto legislativo 10 de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros. La situación de salud de una población está dada no sólo por las condiciones biológicas, sino que responde al contexto sociocultural donde se desenvuelve La situación de salud de una población está dada no sólo por las condiciones biológicas, sino que responde al contexto sociocultural donde se desenvuelve ⁽⁶⁾

La demanda está conformada por la población que tiene unas necesidades biológicas enmarcadas por la percepción que se tenga de las enfermedades, el conocimiento que se tenga de los servicios y la evaluación de estos.

La oferta es la cantidad de bienes o servicios que se hallan disponibles en el mercado en un momento determinado para ser objeto de compra y de venta; en el caso de la salud está dada por la capacidad institucional existente para proporcionar servicios a la población y se representa por la cantidad, calidad y organización de los recursos de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. ⁽⁶⁾

Así mismo, retomando el informe de “Salud” se encuentran planteamientos donde la salud está igualmente relacionada con las fuerzas sociales a través de la economía familiar y comunitaria, el ambiente y los recursos disponibles para cada persona; por eso, la pobreza y el estancamiento económico, el hambre, la desnutrición, el hacinamiento urbano, la explotación sexual, el desempleo, las Condiciones inadecuadas de trabajo, entre otros, pueden menoscabar la salud mental. ⁽⁶⁾

En ese sentido, la salud mental es también una cuestión de bienestar económico y político. Posteriormente, la Organización Panamericana de la Salud sostiene y desarrolla su enfoque de integralidad, definiendo que la salud mental es “el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social”. Es, a su vez, un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y en la economía. En realidad, la salud mental es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales, es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere específicamente, a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida. ⁽⁶⁾

Teniendo en cuenta el alcance de los temas que se abordaran en el presente diagnostico y la magnitud de los mismos, se determinó enfocarnos básicamente en:

- **Aspectos Demográficos y Sociales.**
- **Nacidos vivos**
- **Morbilidad**
- **Mortalidad**
- **Situación Nutricional**

PREGUNTA DE INVESTIGACION

Cuál es la situación de salud de la población residente en el Municipio de Itagüí en el año 2010?

Actualmente el Municipio de Itagüí presenta una tendencia ascendente en el tema de Mortalidad y una disminución en el tema de nacidos vivos. Con respecto a la situación nutricional, Itagüí cuenta con un riesgo de desnutrición crónica del 26.8%, una desnutrición aguda del 7.3% un riesgo de sobre peso del 15.2% y un proceso de extrema delgadez del 1.9% de la población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar la Situación de Salud de la población del Municipio de Itagüí – Antioquia - en el año 2010, mediante el estudio algunos aspectos demográficos y sociales, nacidos vivos, morbilidad atendida en el Hospital del Sur (que cubre en servicios de salud al 67% de la población), mortalidad y el análisis de la situación nutricional, que sirva como apoyo a los procesos de toma de decisiones en salud a nivel municipal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir Algunos aspectos de condiciones demográficas y sociales, de la población residente del municipio de Itagüí en el año 2010.
- Identificar la morbilidad atendida y registrada en el Municipio de Itagüí en el año 2010.
- Analizar los nacimientos ocurridos en el Municipio de Itagüí en el año 2010.
- Describir la estructura de la mortalidad registrada en el Municipio de Itagüí en el año 2010.
- Analizar la situación nutricional del Municipio para el año 2010.

METODOLOGÍA

ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN:

Investigación Empírico Analítica.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, basado en fuentes de información secundaria y algunas fuentes primarias, almacenadas en las bases de datos manejadas por la Administración Municipal y que tienen alguna relación con el estudio, de fuentes directas y tamizaje de peso y talla, los datos utilizados serán del año 2010.

POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población de referencia del estudio está conformada por el total de habitantes con residencia habitual en el Municipio de Itagüí, la cual se estima al año 2010 en 252.158 habitantes aproximadamente (según censo DANE proyección 2010).

Las demás poblaciones a estudiar están formadas por el total de registros almacenados en las bases de datos del municipio.

DISEÑO MUESTRAL

Se tomarán los datos de los registros individuales de la prestación de servicios en salud RIPS del Municipio de Itagüí para el 2010, los datos estadísticos de la ESE Hospital del sur y sus sedes alternas, la información registrada en la DSSA y una muestra aleatoria del 10% de la población menor de 18 años para el análisis nutricional.

VARIABLES PRELIMINARES

Algunas de las variables a analizar están relacionadas con las condiciones socio-demográficas, las demás como registro de defunciones por sexo, edad, zona de ocurrencia, sitio de muerte, tipo de muerte, causa básica, registro de nacidos vivos, fecha de nacimiento, sexo, lugar, sector sección, área del parto, institución, edad de la madre, nivel educativo, peso al nacer, lugar de residencia, entre otras. En morbilidad se analizaron variables, como causa de consulta, causas de hospitalización, edad, sexo y en el tema nutricional se analizaron variables de sexo, edad, nivel socio económico, entre otras.

DIAGRAMA DE VARIABLES

OBJETIVOS ESPECIFICOS.	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCION	ESCALA DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> • Describir Algunos aspectos de condiciones Demográficas y Sociales, de la población residente del Municipio de Itagüí en el año 2010. 	CUALITATIVA - DESCRIPTIVA	Características Demográficas: habitantes por rango de edad, número de habitantes según estrato, distribución porcentual según Estrato, indicadores poblacionales, Índice de masculinidad por grupo de edad, estado conyugal, Población por grupo, edad, sexo y zona de ubicación. División político administrativa, población por comuna, número de habitantes por metro cuadrado, estructura poblacional por grupo de edad y sexo.	NOMINAL (Nomina un tributo pero no establece el orden jerárquico)- ORDINAL (Establece un orden y una jerarquía entre los valores)

OBJETIVOS ESPECIFICOS.	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCION	ESCALA DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> Identificar la morbilidad atendida y registrada en el Municipio de Itagüí en el año 2010. 	CUALITATIVA - DESCRIPTIVA	MORBILIDAD: Causa, sexo, edad, tipo de atención, frecuencia.	NOMINAL (Nomina un tributo pero no establece el orden jerárquico)- ORDINAL (Establece un orden y una jerarquía entre los valores)
<ul style="list-style-type: none"> Analizar los nacimientos ocurridos en el Municipio de Itagüí en el año 2010. 	CUALITATIVA - DESCRIPTIVA	Natalidad y Fecundidad, por sexo, análisis de la tendencia de nacimientos en los últimos 5 años, lugar de residencia de la madre, distribución del peso al nacer, nivel educativo de la madre, edad de la madre, tipo de parto, fecha de nacimiento,	NOMINAL (Nomina un tributo pero no establece el orden jerárquico)- ORDINAL (Establece un orden y una jerarquía entre los valores)
<ul style="list-style-type: none"> Describir la estructura de la mortalidad registrada en el Municipio de Itagüí en el año 2010 	CUALITATIVA -	MORTALIDAD: curva de mortalidad en los últimos 5 años, sexo, causa, tipo de muerte, grupo, edad, tasa de mortalidad.	NOMINAL (Nomina un tributo pero no establece el orden jerárquico)- ORDINAL (Establece un orden y una jerarquía entre los valores)
<ul style="list-style-type: none"> Analizar la situación nutricional del Municipio para el año 2010. 	CUALITATIVA - DESCRIPTIVA	ANALISIS NUTRICIONAL. Por edad, sexo, nivel académico, institución educativa, clasificación por grupo edad y genero, indicadores nutricionales (aguda, crónica, global), masa corporal	NOMINAL (Nomina un tributo pero no establece el orden jerárquico)- ORDINAL (Establece un orden y una jerarquía entre los valores)

PROCESAMIENTO Y GENERACION DE RESULTADOS

Se realizó por personal con conocimiento, formación, habilidad y destreza en la utilización, de bases de datos y de hojas de cálculo y que garantice la calidad de los productos. Se realizó una producción de información univariada y bivariada con presentación gráfica y tabular. Todo el proceso será orientado por la Dirección Local de Salud del Municipio de Itagüí.

PRODUCTOS A ENTREGAR:

- Informe final de investigación en medio físico: una unidad
 - Informe final en medio magnético
-
- **Tipo de estudio:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, el cual consiste en tomar el 100% de las bases de datos secundarias y algunas primarias, que contienen información estadística en salud en los temas de calidad de vida, morbilidad y mortalidad que permitan la generación de información y conocimiento valido aplicable a toda la población del Municipio de Itagüí. Para dichas fuentes los datos que se toman son del año 2010.

 - **Población:** La población de referencia del estudio está conformada por el total de los habitantes con residencia habitual en el municipio de Itagüí, zona rural y urbana, la cual se estima para el 2010 en 252.158 habitantes y 68.151 hogares aproximadamente.



Grafico1. Mapa del Municipio de Itagüí.

- **TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION PROCESO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION>**: La investigación utilizó fuentes secundarias como medio de obtención de la información como PAISOFT, bases de datos del censo en salud, Bases de datos DSSA, bases de datos DLS RUAF-ND (registro único de nacimientos y defunciones), bases de datos DNP, bases de datos de los afiliados SGSS, bases datos RIPS, algunas fuentes primarias (como el caso de el análisis nutricional) y las bases de satos SIVIGILA. Todas las fuentes de información son 2010.

- **Muestra Poblacional**: La muestra que se tomó para el estudio será el 100% de los registros existentes en las bases datos de la fuentes secundarias antes descritas, este proceso se realizara en dos etapas.

Primera Etapa: Selección de las bases de datos secundarias y almacenamiento en un archivo maestro que contiene cada uno de los registros estadísticos, se elaboraran diferentes formatos para la recolección y almacenamiento de información de acuerdo al tipo de información a procesar.

Segunda Etapa: con el fin de disminuir los sesgos se analizó cada registro individual, se validará y luego de validado se registrará en los formatos de recolección de acuerdo al tipo de dato.

- **Tamaño de la muestra:** El Tamaño de la muestra será el Universo de las bases de datos PAISOFT, bases de datos del censo en salud, Bases de datos DSSA, bases de datos DLS RUAF-ND (registro único de nacimientos y defunciones), bases de datos DNP, bases de datos de los afiliados SGSS, bases datos RIPS y las bases de satos SIVIGILA para el municipio de Itagüí 2010.
- **Control de sesgos:** Las bases de datos pueden presentar errores, tanto por factores relacionados con la digitación del dato, como errores en la información suministrada por el paciente o manipulación de la misma, por ello se realizó una verificación al 100% de los datos y solo se registraran aquellos que no presenten ningún tipo de error, para los que presenten inconsistencias se verificará con la fuente primaria.

- **Prueba piloto:** se realizó una prueba piloto con las bases de datos de defunciones y de acuerdo a como se encontró el estado de la misma, se procedió con las demás bases de datos.

- **Consideraciones Éticas:** para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

Las bases de datos fueron utilizadas y manipuladas única y exclusivamente con fines investigativos y sociales, garantizando que los datos obtenidos conserven su estado original y no sufran alteraciones de ninguna índole, además se garantiza que las bases de datos donde se procesará la información son de alta confiabilidad.

Se fija una clausula de confidencialidad y en ningún caso será revelada la identidad de las personas (que se encuentran registradas en las bases de datos fuente de donde se extrajeron los datos para el análisis), la información se mostrará de manera estadística acatando la constitución nacional las leyes y los principios éticos.

La información se utilizará exclusivamente para fines investigativos en salud.

Los resultados solo serán utilizados para fines estadísticos e investigativos del Municipio de Itagüí Dirección Local de Salud y para planes, programas y políticas del Municipio.

Para la investigación se aplicó la Resolución 8430 del 93 Por la cual “se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

RESULTADOS

CAPÍTULO 1.

1.1 INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA

Teniendo en cuenta que la información socio-demográfico tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, considerados desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, además estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de la población y las leyes que rigen estos fenómenos. Dentro del estudio se tuvo en cuenta variables generales como edad y sexo, estructura de la población, genero, dinámica poblacional, aspectos socioeconómicos, entre otros.⁽⁷⁾

Adicionalmente para el análisis de la información socio-demográfica, se tomo como referencia la información DANE proyección 2010 para el Municipio de Itagüí, se tuvieron en cuenta conceptos de condiciones de vida aspectos demográficos y sociales.⁽⁷⁾

Según el censo DANE proyección 2010 para el municipio de Itagüí se presenta la siguiente distribución:

En el año 2010 el 87% de la población se encuentra ubicada en la cabecera municipal, mientras que el 13% se encuentra en los centros poblados.⁽⁷⁾

En la cabecera del Municipio predominan las viviendas de estrato 3 con un 60% seguido del estrato 2 con un 20%, el estrato 1 con un 6% y el cuatro con un 4%, los demás estratos son pocos representativos para el Municipio.⁽⁷⁾

Algunos aspectos socio demográficos para resaltar del Municipio:

La zona que menor número de habitantes por metro cuadrado presentó es la zona rural, el mayor asentamiento se presenta en la zona urbana, la población del Municipio presentó una distribución por sexo siendo el femenino el que mayor porcentaje presento con el 51%, donde mayor asentamiento poblacional se presenta es en la comuna 4 seguido de la comuna 1 y la 2,

La mayor parte de la población del municipio está representada en personas menores de 19 años con un 42% y un 17% en edades entre los 25 y los 35 años lo que muestra que el Municipio está poblado por personas jóvenes.

Indicadores poblacionales:

- El índice de Friz muestra una población madura ya que se halla en 111.
- El índice de envejecimiento muestra que en el Municipio se tenían 34 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años.
- El índice demográfico de dependencia muestra que en el 2010 Itagüí tenía 100 personas económicamente activas por cada 45.34 personas que supuestamente no eran autónomas, por razones demográficas de edad (adultos mayores y niños).

- En el índice de reemplazamiento por cada 100 personas que estaban en edades entre los 15 y 19 años había 30.2 adultos entre 60 y 64 que estaban culminando su tiempo laboral.
- Índice generacional de ancianos. El municipio presentó 5.6 personas en edades entre los 35 y los 64 años que estarían en capacidad de hacerse cargo de un adulto mayor.
- Edad Mediana, el 52% de los habitantes del Municipio tenían por debajo de 25 a 29 años
- Índice de masculinidad. En Itagüí existen 94 hombres por cada 100 mujeres.

- **Socio Demografía**

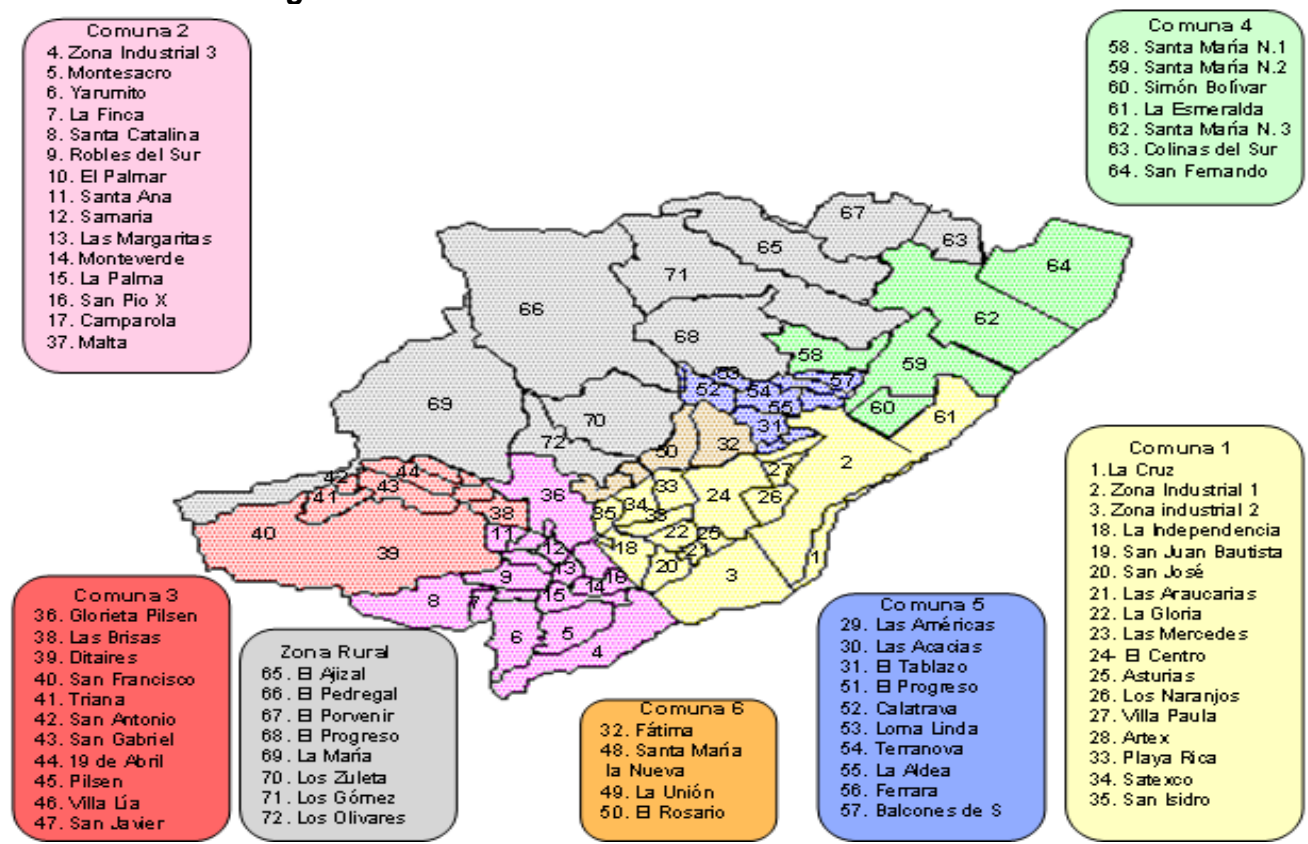


Grafico 2. División Político – Administrativa. Municipio de Itagüí

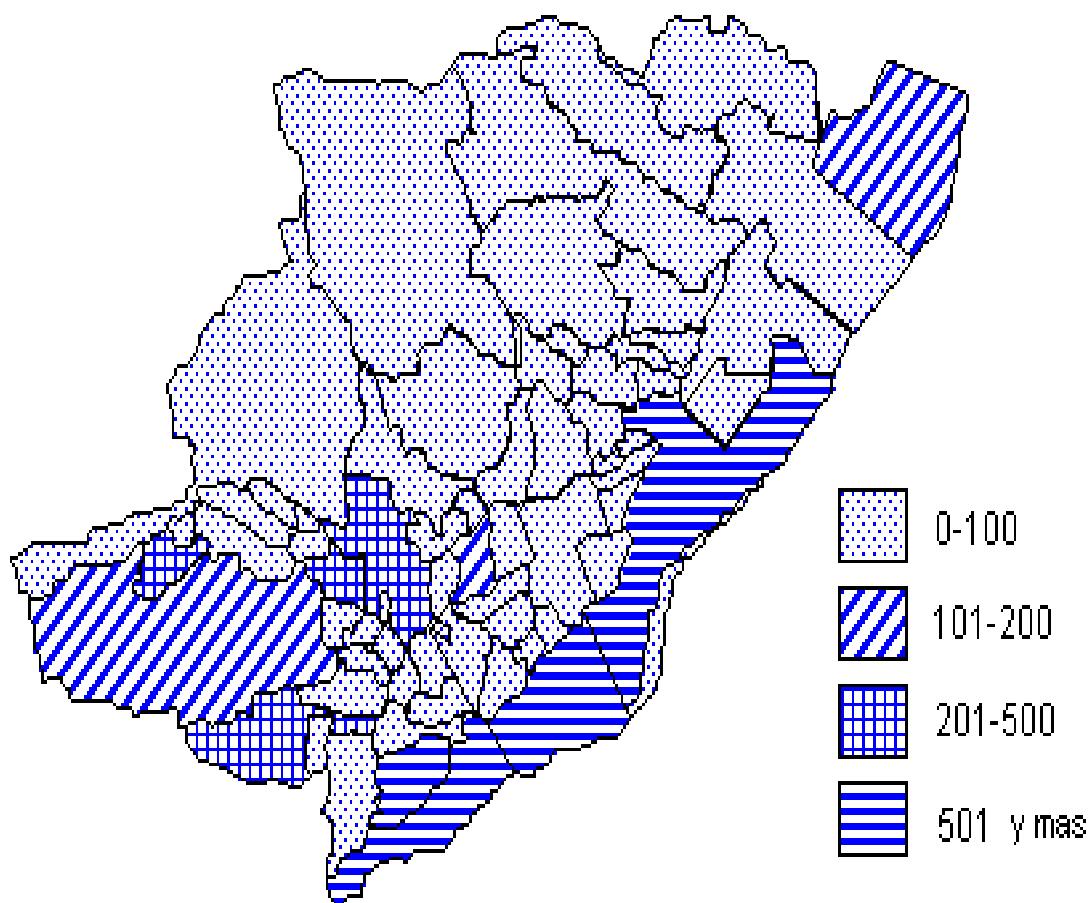


Grafico 3. Habitantes por m² según barrios, 2010

La población del municipio de Itagüí presentó en el año 2010 un aumento en el número de habitantes del 6.8% respecto al censo Poblacional del 2005, y conserva una distribución similar por metro cuadrado en los barrios conforme a lo registrado en ese año. Pasando de 235.016 habitantes en el 2005 a 252.158 para el 2010. El municipio cuenta con una densidad poblacional de aproximadamente 13.545 habitantes por kilómetro cuadrado. ⁽⁷⁾

POBLACIÓN POR COMUNA PROYECCION DANE 2010		
Comuna, Corregimiento	No de Hab.	%
COMUNA 1	47,899	19.00%
COMUNA 2	37,939	15.00%
COMUNA 3	29,495	11.70%
COMUNA 4	64,099	25.40%
COMUNA 5	32,234	12.80%
COMUNA 6	16,743	6.60%
CORREGIMIENTO	23,749	9.40%
TOTAL	252,158	100%

Tabla 1. Distribución de habitantes por comuna

El Municipio cuenta con 17 kilómetros cuadrados de territorio, el mayor asentamiento población está en la zona urbana, presenta una mayor concentración de de habitantes en la comuna 4 (esta comuna comprende toda la zona del norte del Municipio), seguida por la comuna 1 que corresponde a la zona centro y en la zona rural solo se registran 23.749 habitantes.

Rango de Edad	Hombres	Mujeres
80 y mas	937	1,444
75-79	1,122	1,603
70-74	1,766	2,364
65-69	2,426	3,150
60-64	3,089	3,846
55-59	4,260	5,081
50-54	5,483	6,437
45-49	7,329	8,036
40-44	8,602	9,718
0-4	10,610	10,059
20-24	10,142	10,961
5-9	10,729	10,460
35-39	10,129	11,398
10-14	11,190	10,801
15-19	11,743	11,057
30-34	11,917	11,073
25-29	10,841	12,355
TOTAL	122,315	129,843

Tabla 2 Estructura de la población por grupo de edad y sexo, 2011

La mayor población del municipio está representada en el sexo femenino con un 51% de la población, con respecto a las edades el porcentaje más representativo esta en personas en edades entre los 25 a 29 años con un 9.2% de la población, seguido en habitantes en edades entre los 30 a 34 años con un con un 9.1% y los habitantes con menor número de población son los mayores de 84 años con un 0.9%.

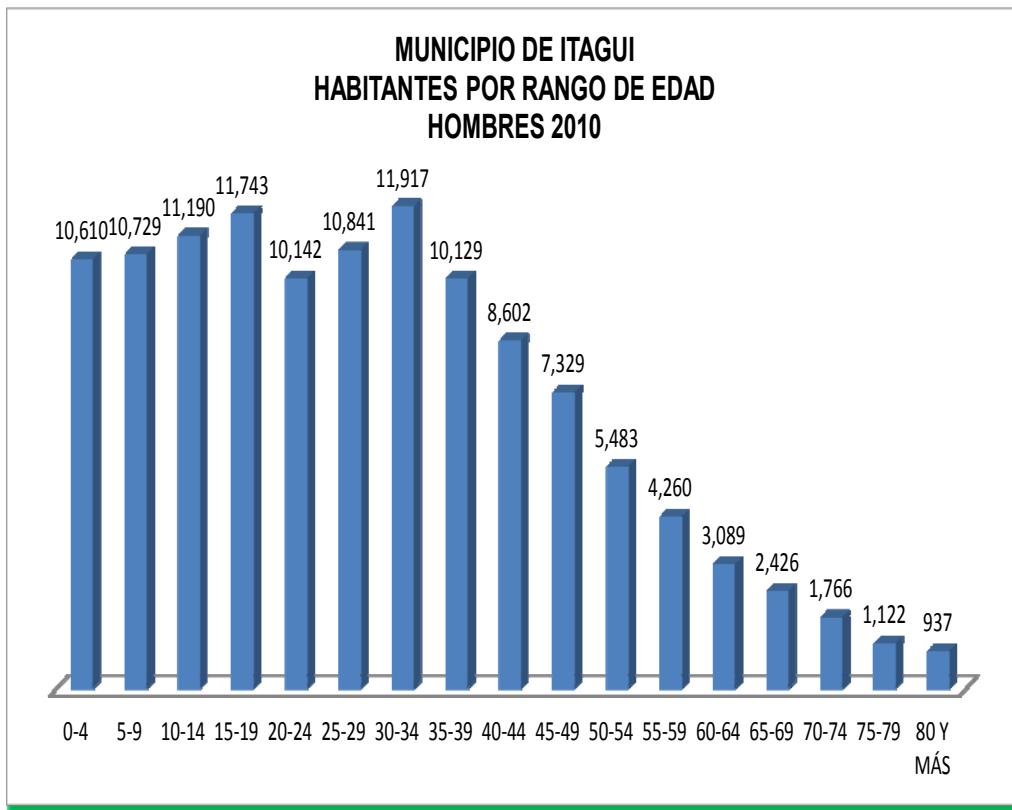


Gráfico 4 Habitantes por rango de edad - hombres 2010

El mayor número de habitantes en el municipio por rango de edad y sexo masculino se presenta en hombres en edades entre 30-34 años, seguido de hombres entre los 15-19 años y el de menor número de habitantes es de 80 años o más.

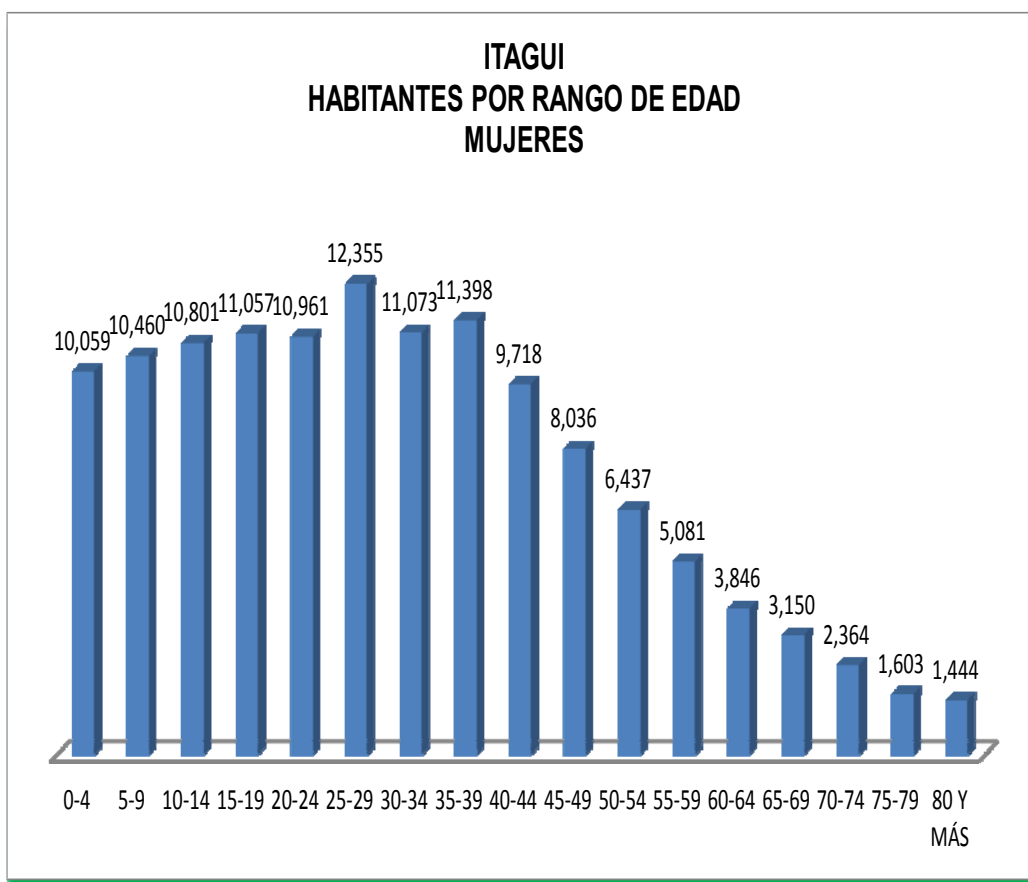


Gráfico 5 Habitantes por rango de edad - mujeres 2010

El mayor número de habitantes en el municipio por rango de edad y sexo femenino se presenta en mujeres en edades entre 25-29 años, seguido de mujeres entre los 35-39 años y el de menor número de habitantes es de 80 años o más.

DISTRIBUCION POBLACIONAL POR ESTRATO		
NIVEL	ESTRATO	POBLACION
6%	NIVEL 1	14,877
20%	NIVEL 2	50,432
60%	NIVEL 3	151,547
4%	NIVEL 4	10,086
3%	RURAL DISPERSO	7,565
7%	CENTROS POBLADOS	17,651
		252,158

Tabla 3 Distribución de la Población por estrato.

El mayor número de habitantes del Municipio está clasificado en el estrato 3 del Sisben, seguido del Nivel 2, el menor número de habitantes se encuentra ubicado en la zona rural dispersa.

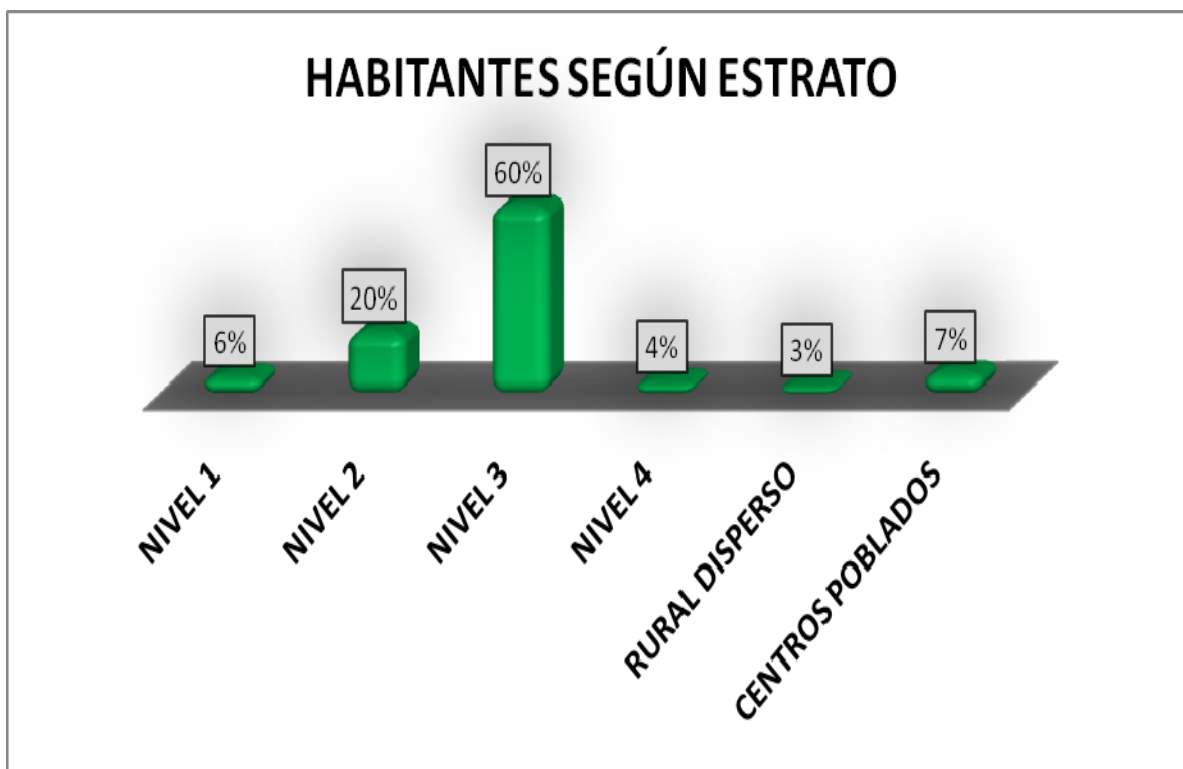


Grafico 6 Distribución de la Población por estrato.

Básicamente la población del Municipio de Itagüí está representada en el Nivel 3 del SISBEN (60%) lo que demuestra una población de clase obrera.

Indicadores demográficos y estructura de la población,

Indicadores	Nº	%
Población total	252,158	100%
Población mujeres	129,843	51%
Población hombres	122,315	49%
Población cabecera	231,985	100%
Población cabecera mujeres	122,952	53%
Población cabecera hombres	109,033	47%
Población centros poblados Rurales	20,173	100%
Población centros poblados mujeres	10,288	51%
Población centros poblados hombres	9,885	49%
Dinámica de la población		
Tasa de fecundidad general		14
Tasa de mortalidad por 1.000 habitantes		5
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (2010)		11

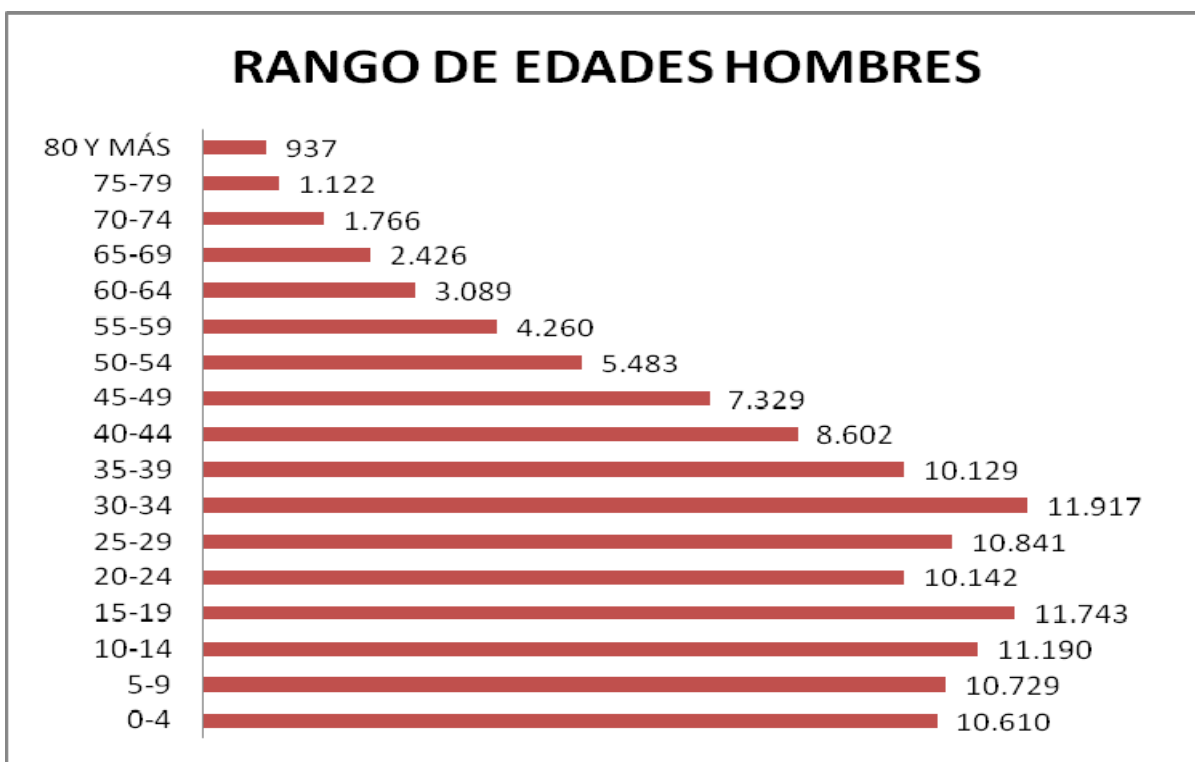
Tabla 3 Indicadores demográficos y estructura de la población.

En Demografía, la Tasa de Fecundidad General es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período (generalmente un año) y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo (mujeres entre 15 y 49 años), en Itagüí nacen 14 niños por cada 1000 mujeres en edad fértil.

La tasa de mortalidad es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado (generalmente un año). Usualmente es denominada mortalidad. En Itagüí fallecieron 5 personas por cada 1000 habitantes durante el 2010.

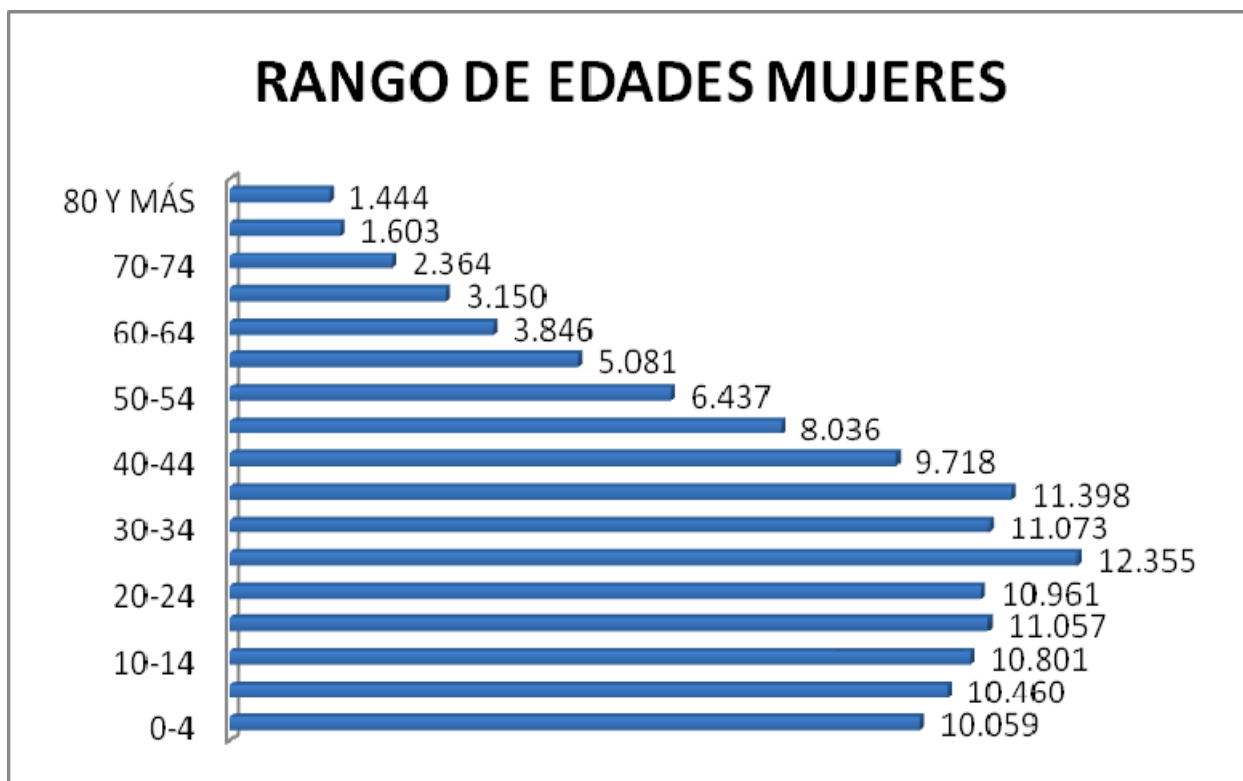
La tasa de mortalidad infantil es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, se mide sobre los niños menores de 5 años, para Itagüí se presentaron 11 defunciones de menores de 5 años por cada 1000 habitantes en el 2010.

El índice de masculinidad, también llamado razón de sexo es un índice demográfico que expresa la razón de hombres frente a mujeres en un determinado territorio, expresada en tanto por ciento. Se calcula usando la fórmula $\text{hombres} / \text{mujeres} * 100$. En Itagüí existe una proporción de 94 hombres por cada 100 mujeres.



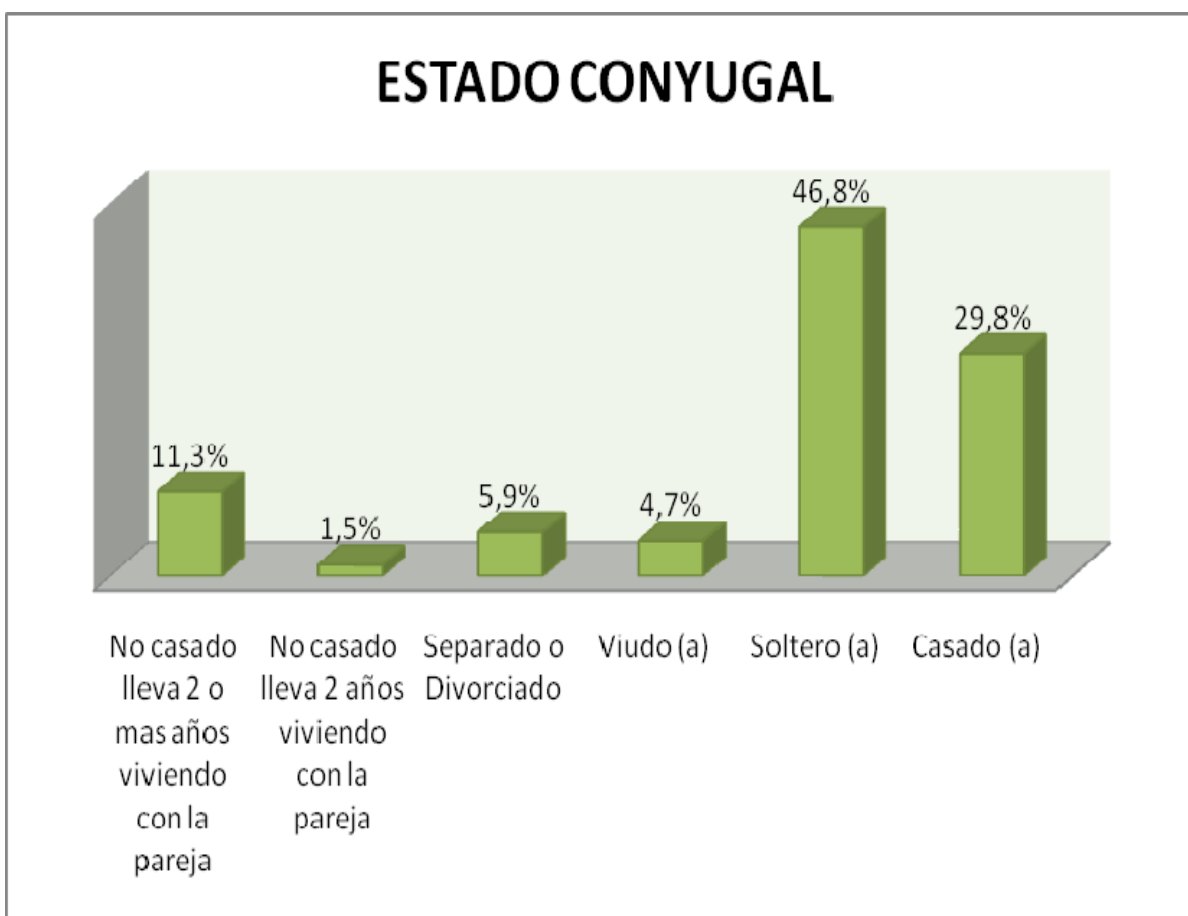
Gráfica 8 Grandes grupos de edad por sexo (hombres)

En la distribución de grupos por edad para el sexo masculino el mayor numero está representado en edades entre los 30 y los 34 años con 11.917 habitantes, seguido de habitantes del sexo masculino en edades entre los 15-19 años y el grupo poblacional menos representativo son los mayores de 80 años con 937 habitantes.



Gráfica 9 Grandes grupos de edad por sexo

En la distribución de grupos por edad para el sexo femenino el mayor número está representado en edades entre los 30 y los 34 años con 12.355 habitantes, seguido de habitantes del sexo femenino en edades entre los 40-44 años y el grupo poblacional menos representativo son los mayores de 80 años con 1444 habitantes.



Gráfica 11 Estado conyugal por grupo de edad, 2010

El estado conyugal muestra que el mayor porcentaje de habitantes del Municipio de Itagüí se encuentra en estado civil soltero, con un 46.8%. Seguido de la población casada con un 29.8% y en unión libre se encuentra el 1.5% de la población.

Índice de friz	111
Índice de envejecimiento	34
Índice demográfico de dependencia	45,34
Índice de reemplazamiento de la población activa	30
Índice generacional de ancianos	5,6
Edad mediana	29,3
Índice de masculinidad	94

Tabla 4 Indicadores poblacionales

El índice de Friz es una representación gráfica de datos demográficos. Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida, si el valor se encuentra entre 60 y 160 la población es considerada madura, que sería el caso para el Municipio de Itagüí. ⁽⁸⁾

El índice de envejecimiento expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. Se calcula cociente entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100. Un valor de 10 significa que hay 10 adultos mayores (de 60 años y más) por cada 100 niños y jóvenes (menores de 15 años). Para efectos del municipio de Itagüí existen 34 personas adultas mayores de 60 años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años. ⁽⁸⁾

Índice demográfico de dependencia: Este indicador se deriva de la composición por edades de la población y puede ser calculado de dos formas: la suma de los menores de 15 años y los mayores de 64 años o la suma de los menores de 15 años y los mayores de 59 años, dividido por la población con edades entre 15 y 64 años para el primer caso o por la población entre 15 y 59 años, para el segundo, por cien. Esta relación es una medida indirecta del número de personas dependientes económicamente por cada cien activos. Para Itagüí existen 45.34 personas dependientes económicamente por cada cien personas activas. ⁽⁸⁾

Índice de reemplazamiento ó Índice de reemplazo de la población en edad potencialmente activa es el porcentaje de la población de 15 a 19 años sobre la de 60 a 64 años x 100, por cada 100 personas que ingresan al sistema laboral cuantas están saliendo de él, para efectos del presente estudio en Itagüí están saliendo 30 personas laboralmente activas por cada 100 que ingresan. ⁽⁸⁾

Índice Generacional de Ancianos (IGA). Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más. Se supone que mide el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más años. Para Itagüí este índice se encuentra en 5.6 ⁽⁸⁾

Edad mediana. Es aquella que divide en dos partes iguales a la población cuyos habitantes han sido ordenados según la edad. Es más variable que la edad media pero es menos sensible a los cambios estructurales propios de cada población, para Itagüí es 29.3. ⁽⁸⁾

El índice de masculinidad, también llamado razón de sexo es un índice demográfico que expresa la razón de hombres frente a mujeres en un determinado territorio, expresada en tanto por ciento. Se calcula usando la fórmula hombres / mujeres * 100. Para Itagüí existen 94 hombres por cada 100 mujeres. ⁽⁸⁾

CAPÍTULO 2

2.1 NATALIDAD Y FECUNDIDAD

La Natalidad representa la cantidad de nacimientos ocurridos en toda la población, es una medida de cuantificación de la fecundidad, que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad total de efectivos del mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año. ⁽⁹⁾

Tiene la ventaja de ser una medida sencilla y fácil de interpretar, pero adolece de algunas dificultades, pues en la comparación entre países puede arrojar diferencias que dependen más de la estructura por edad y sexo de la población que de la fecundidad de las poblaciones analizadas. ⁽⁹⁾

Fecundidad. Es la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la abundancia de la reproducción biológica en cualquier especie biológica o incluso en la tierra misma.⁽¹⁰⁾

En biología, fecundidad es el potencial reproductivo de un organismo o población, medido por el número de gametos, semillas o propágulas asexuales. La fecundidad es controlada tanto por la genética como por el ambiente, y es el principal indicador de fitness (adaptación en evolucionismo). El término fecundación se utiliza como sinónimo de fertilización. ⁽¹⁰⁾

En ecología de poblaciones, la fecundidad es un concepto importante y bien estudiado. Puede incrementarse o decrecer dentro de una población según ciertos factores de regulación. Por ejemplo, en malas épocas producidas por carencia de comida, la fecundidad juvenil, e incluso la de los adultos, muestran tendencia a decrecer. En los ungulados, su aumento muestra relación con los cambios climáticos. ⁽¹⁰⁾

Como concepto demográfico, se mide por el número medio de hijos por mujer (índice de fecundidad o tasa de fecundidad), o mediante la tasa de fecundidad general (número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año). No debe confundirse con la natalidad, que es el total de nacidos vivos en un año.

Es característico del Antiguo Régimen demográfico una fecundidad muy alta, por encima de cuatro hijos por mujer, y lo mismo ocurrió durante la transición demográfica, y actualmente en los países menos desarrollados, que no la han completado.⁽¹¹⁾

Para el estudio se tomaron las bases de datos de la Dirección Local de Salud y de la DSSA, de los menores nacidos vivos en el 2010, estas bases contienen todas las variables de caracterización de la madre y las condiciones del parto.⁽¹¹⁾

De los 1038 nacidos vivos en el año 2010 corresponden al sexo femenino el 51% (529) y al sexo masculino 509 y el 49%, por cada 103 nacimientos femeninos se presentaron 100 masculinos, desde el año 2005 que se hizo la última actualización del diagnóstico a la fecha han disminuido ostensiblemente los nacimientos en el Municipio, los factores que han generado este proceso son el retiro de la EPS del seguro social la Clínica nuestra señora del Rosario y el Retiro la EPS salud Coop. en las cuales se atendía gran número de partos.

Tendencia de nacimientos en el Municipio viene descendiendo en los últimos 5 años, pasando de 2083 nacimientos en el 2006 a 1.038 en el 2010 con una disminución del 50%.

El 58% de las madres de los menores nacidos vivos están radicadas en el Municipio de Itagüí, mientras que el 42% son madres que vienen o viven en otros Municipios.

El peso al nacer se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento. Tiene correlación directa con la edad gestacional al que el neonato nació y puede ser estimado durante el embarazo midiendo la altura uterina. Un bebé que haya nacido dentro del rango normal de peso para su edad gestacional se conoce como apropiado para la edad gestacional (AEG), mientras que los que nacen por encima o por debajo del límite definido para su edad gestacional han sido expuestos a un desarrollo fetal que les predispone a complicaciones para su salud como para la de su madre. Los menores nacidos en el Municipio presentan un adecuado peso al nacer, más del 40% presentan un peso por encima de los 3.000 gramos, y el 27.6% un peso superior a los 2.700 gramos, solo se presentan un 0.7% de menores con peso inferior a los 1.600 gramos.⁽¹²⁾

En el Municipio de Itagüí de las 1.038 madres de los niños nacidos vivos, presentaron un nivel educativo bajo, que oscila entre la primaria incompleta y el bachillerato (el 91% se encuentra en este rango), solo el 4% han realizado estudios superiores completos. ⁽¹³⁾

Con respecto a la edad de la madre, aun se presentan partos en menores de 14 años (el 3%) y embarazos en adolescentes (el 27%), el 60% de los embarazos se presentan en mujeres en edades entre los 20 y los 39 años, y para mujeres mayores de 40 años se presentaron 104 embarazos de los 1.038 lo que representa un 10%. ⁽¹³⁾

El proceso del **parto natural** se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta ¹⁴, en el tipo de parto presentado en el Municipio el espontaneo o natural es el más representativo con un 71%, en algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por una **cesárea** que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal en Itagüí se presentaron para el 2010, 249 partos por Cesárea que equivale 24% y el instrumentado e ignorado presentó un 4.8% .

El mes que más nacimientos presentó es el mes de enero, seguido de marzo y agosto, mientras que el mes en que menos partos se presentaron fueron junio y julio. ⁽¹³⁾

La tasa de Fecundidad General es el medidor de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad de población femenina en edad fértil en el mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede ver como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil (en un año), para Itagüí esta tasa general de fecundidad se ubico en 13.9 en el 2010. ⁽¹³⁾

POR SEXO	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES %	MUJERES %
2006	1,063	1,020	51%	49%
2007	1,208	1,193	50%	50%
2008	1,046	1,005	51%	49%
2009	741	688	52%	48%
2010	529	509	49%	51%

Tabla 6 Nacidos vivos por sexo 2006-2010.

Los 1.038 nacidos vivos registrados en el municipio de Itagüí, durante el año 2010, corresponden a mujeres residentes tanto de Itagüí como en otros municipios del Departamento. De estos nacimientos, 509 son de sexo masculino, equivalente al 49% y 529 nacimientos femeninos equivalentes al 51%, ⁽¹³⁾



Gráfica 12 Nacidos vivos por sexo en el 2010 en el Municipio de Itagüí.

El gráfico nos muestra el porcentaje de nacimientos por sexo ocurridos durante el año 2010, para el Municipio de Itagüí.

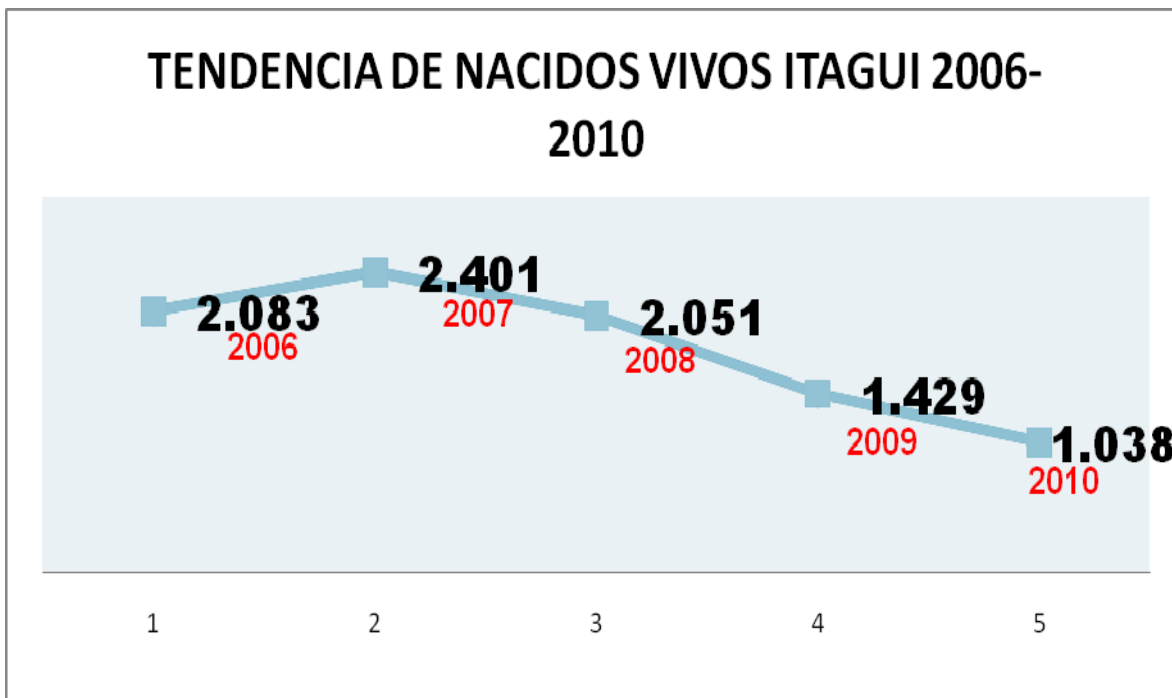


Grafico 13 Tendencia de nacidos vivos en el Municipio de Itagüí durante los últimos 5 años

La tendencia de nacimientos en Itagüí, viene cayendo, debido a que entidades como la Clínica Nuestra Señora del Rosario del ISS y Salud Coop se retiraron del Municipio.

LUGAR DE RESIDENCIA				
AÑO	EN ITAGÜÍ	EN OTROS MPIOIS	%	%
2006	1287	796	62%	38%
2007	1415	986	59%	41%
2008	1284	767	63%	37%
2009	872	557	61%	39%
2010	602	436	58%	42%

Tabla 8 Lugar de residencia de la madre

Se analizó el comportamiento del lugar de residencia de las madres que tenían sus hijos en el municipio, un 58% de las madres son residentes en él, mientras que un 42% son residentes de otros municipios cercanos.⁽¹³⁾

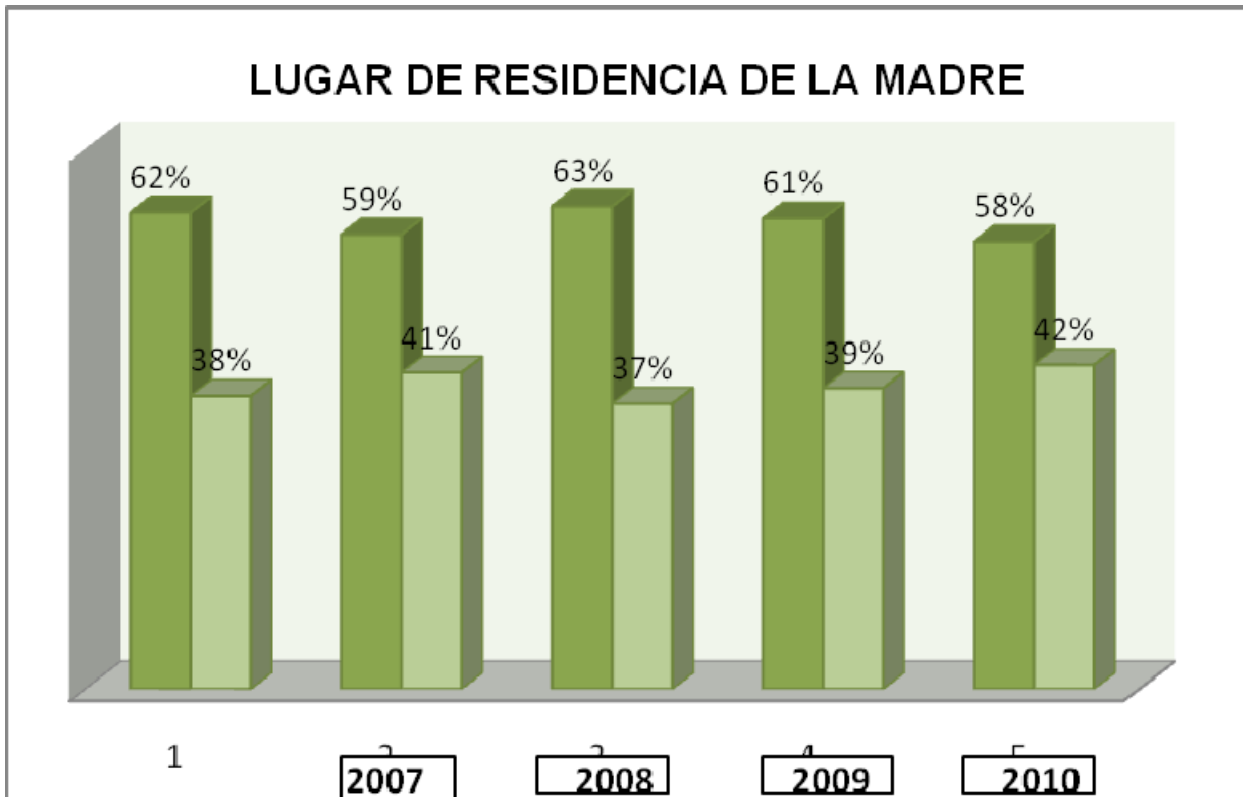


Gráfico 14 Lugar de Residencia de la madre. Ver explicación en el cuadro anterior.

RANGOS DE PESO AL NACER 2010	CANTIDAD	%
1600 O MENOS	7	0,7%
ENTRE 1600 Y 2000	59	5,7%
ENTRE 2001 Y 2200	13	1,3%
ENTRE 2201 Y 2500	24	2,3%
ENTRE 2501 Y 2700	81	7,8%
ENTRE 2701 Y 3000	287	27,6%
ENTRE 3001 Y 3500	422	40,7%
MAS DE 3500	145	14,0%
	1.038	100%

Tabla 9 Distribución por peso al nacer, 2010

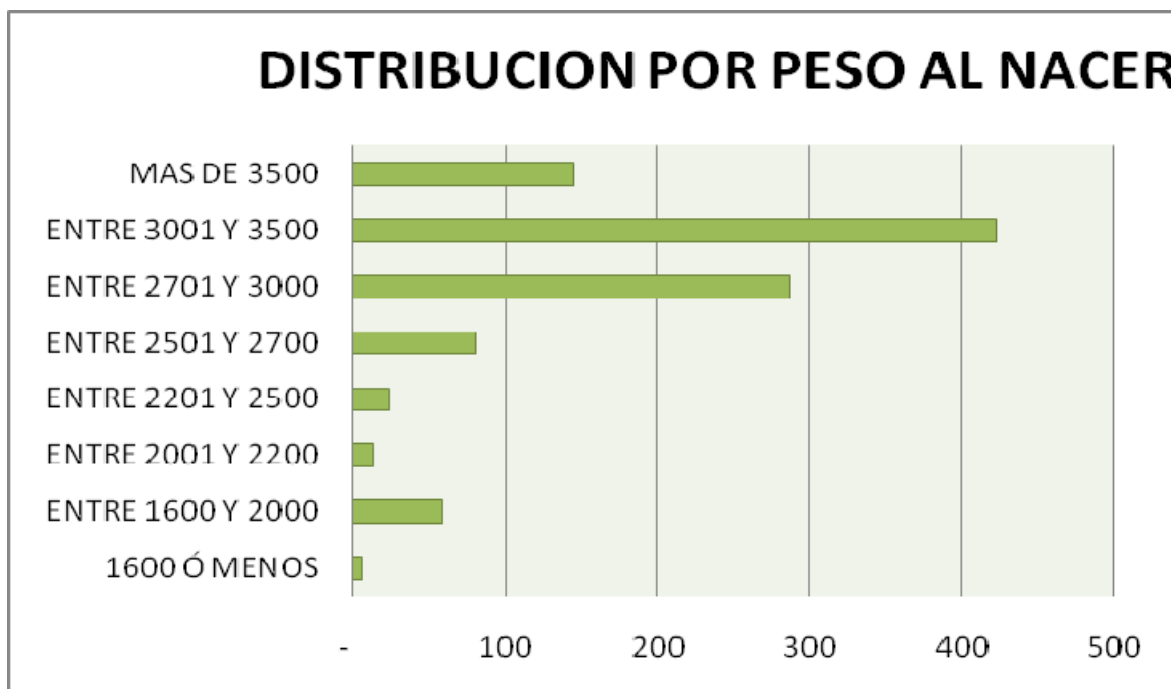


Gráfico 15 Distribución de Peso al nacer.

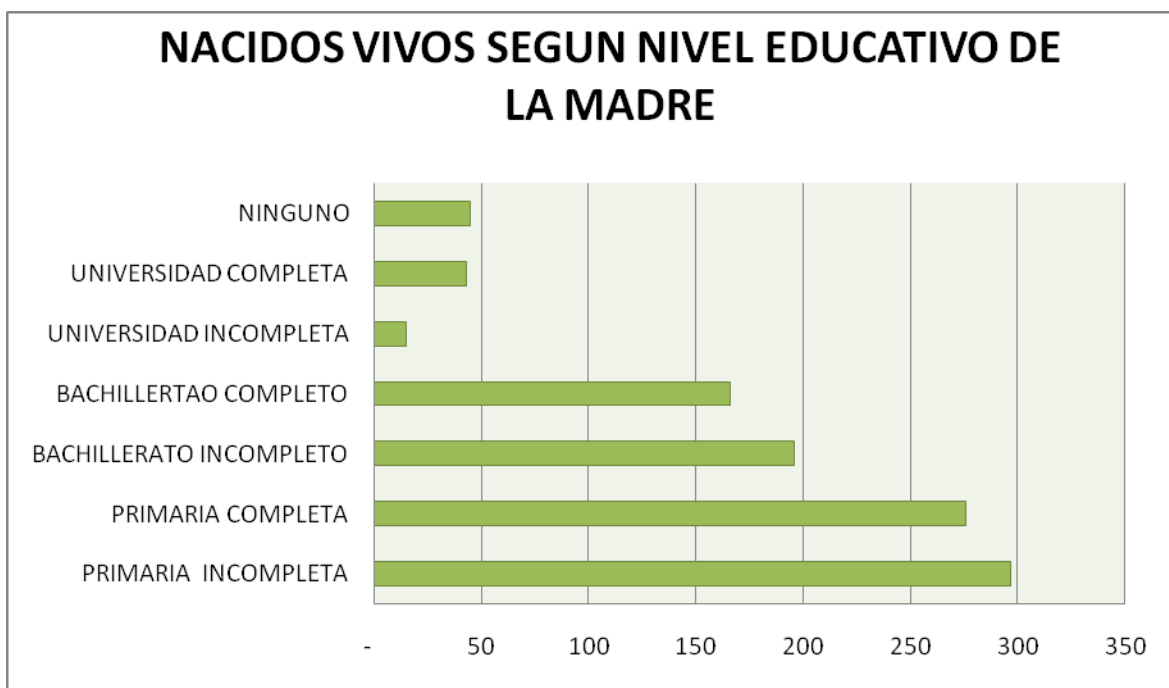
Los bebés nacidos con peso bajo son más propensos que los bebés de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. De los 1.038 nacidos vivos en el Municipio en el 2010 se presentaron 7 casos el 0.7% de menores con muy bajo peso, por debajo de 1.600 gramos, generando problemas de salud y posibles cuadros de desnutrición. ⁽¹²⁾

Conforme a los estándares de peso se considera que los menores en los rangos de 1600 a 2500 gramos son niños con bajo peso, para el efecto del análisis en el municipio de Itagüí se presentaron 96 casos de niños con este rango de peso (un 9% de los nacimientos ocurridos en el 2010) con las posibles complicaciones que esto conlleva. ⁽¹²⁾

Se presentaron también 145 casos de menores con más de 3.500 gramos al nacer que generan problemas asociados de salud como obesidad, sobre peso o diabetes.

NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE 2010	CANT	%
PRIMARIA INCOMPLETA	297	29%
PRIMARIA COMPLETA	276	27%
BACHILLERATO INCOMPLETO	196	19%
BACHILLERATO COMPLETO	166	16%
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	15	1%
UNIVERSIDAD COMPLETA	43	4%
NINGUNO	45	4%
	1.038	100%

Tabla 10 Nacidos vivos según nivel educativo de la madre.

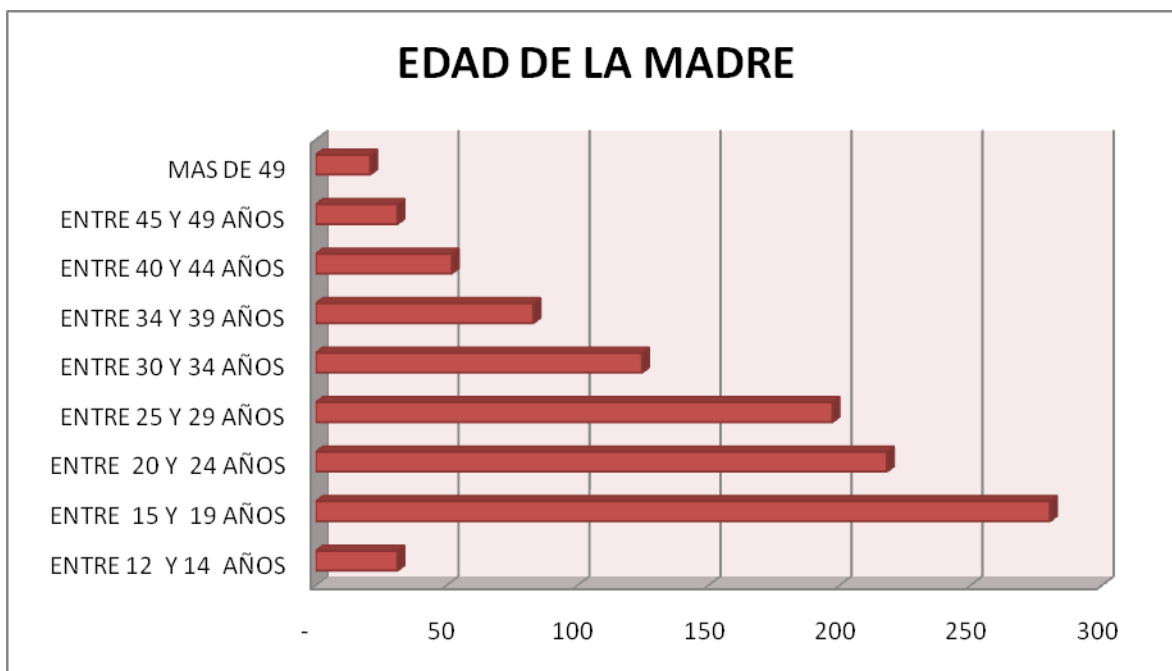


Gráfica 16 Nacidos vivos según nivel educativo de la madre.

En el estudio se muestra el nivel educativo de la madre, siendo la primaria incompleta con un 29% de la población el nivel más representativo, seguido de primaria completa con un 27% y el menos representativo es universidad completa con un 4%, esto indica que el nivel educativo de las madres que tuvieron hijos en el 2010, es bajo. ⁽¹³⁾

EDAD DE LA MADRE 2010	CANTIDAD	%
ENTRE 12 Y 14 AÑOS	31	3%
ENTRE 15 Y 19 AÑOS	280	27%
ENTRE 20 Y 24 AÑOS	218	21%
ENTRE 25 Y 29 AÑOS	197	19%
ENTRE 30 Y 34 AÑOS	125	12%
ENTRE 34 Y 39 AÑOS	83	8%
ENTRE 40 Y 44 AÑOS	52	5%
ENTRE 45 Y 49 AÑOS	31	3%
MAS DE 49	21	2%
	1.038	100%

Tabla 11 Edad de la madre al nacer - 2010

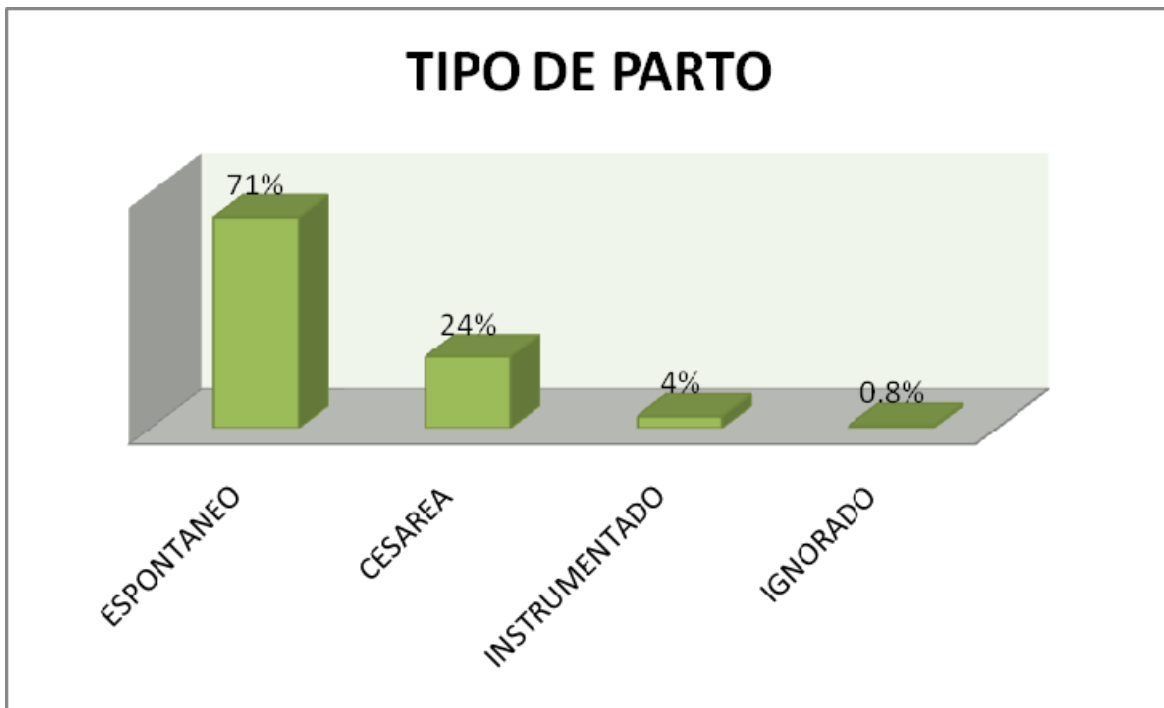


Gráfica 17 Edad de la madre

Cerca del 30% de los embarazos se presentaron en edades entre los 12 a los 19 años, lo que significa que predominan los embarazos en adolescentes generándose altos riesgos de salud pública.⁽¹³⁾

TIPO DE PARTO	CANT	%
ESPONTÁNEO	739	71%
CESÁREA	249	24%
INSTRUMENTADO	42	4%
IGNORADO	8	0.8%
TOTAL	1,038	

Tabla 12 Tipo de parto

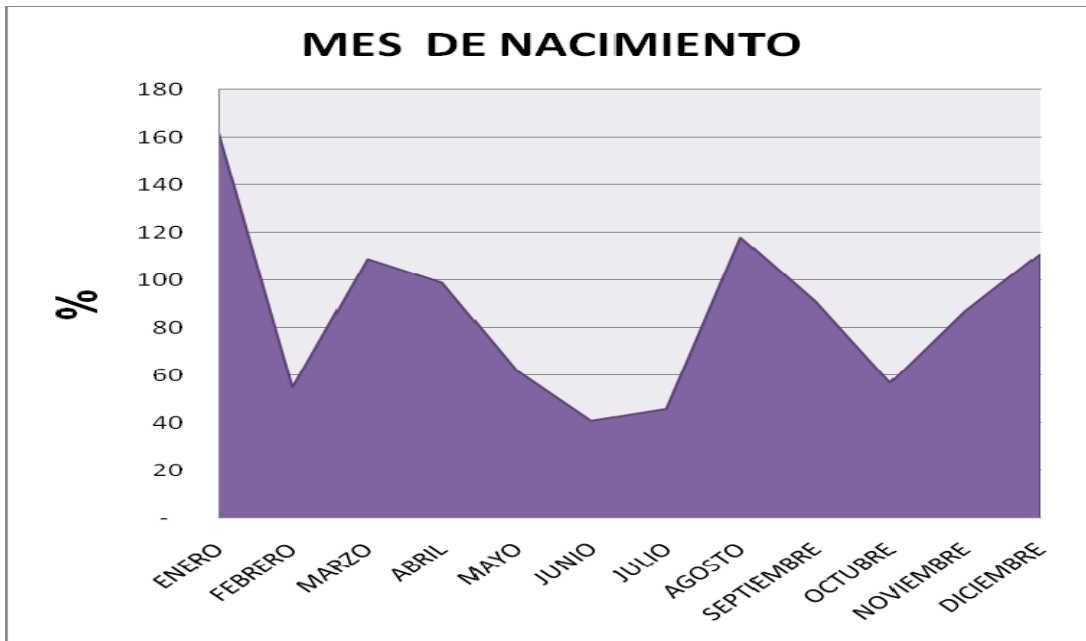


Gráfica 18 Tipo de Parto

El mayor porcentaje se presentó en partos espontáneos con un 71% mientras que partos por cesárea representan un 24% y los instrumentados un 4% tal como se muestra en el gráfico. ⁽¹³⁾

MES DE NACIMIENTO	CANT	%
ENERO	162	16%
FEBRERO	55	5%
MARZO	109	11%
ABRIL	99	10%
MAYO	62	6%
JUNIO	41	4%
JULIO	46	4%
AGOSTO	118	11%
SEPTIEMBRE	91	9%
OCTUBRE	57	5%
NOVIEMBRE	87	8%
DICIEMBRE	111	11%
TOTAL	1,038	100%

Tabla 13 Mes del nacimiento



Gráfica 19 Mes del nacimiento

El mayor número de partos se presentó en el mes de enero con 162 partos que representan el 16%, seguido de los meses de marzo (109 partos) agosto (118), diciembre (111) y marzo (109) con un 11%, el mes en que menos partos se presento es el mes de junio. ⁽¹³⁾

CAPÍTULO 3

3.1 MORTALIDAD

Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado generalmente un año. Usualmente es denominada mortalidad. ⁽¹⁶⁾

Con él se busca evaluar las causas, niveles, tendencias, además de determinar el crecimiento de la población en el municipio. Se puede analizar por sexo, edad, tipo de defunción, grupo, etc., desde el punto de vista epidemiológico busca identificar las causas biológicas de la muerte para planificar los servicios de acuerdo con los factores y determinantes del riesgo que se presentan en una población, también se pueden analizar los factores socio económicos y culturales. ⁽¹⁶⁾

Existen 2 tipos de mortalidad, **la endógena y la exógena**, la endógena responde a causas intrínsecas del individuo, dentro de ella se presentan también 2 tipos, las debidas a malformaciones congénitas ó alteraciones genéticas o las vinculadas a problemas propios del envejecimiento. Las exógenas que son el resultado de la acción del medio ambiente y factores sociales, estas se pueden presentar en todas las edades y se caracterizan por que se pueden prevenir y combatir con los avances de la medicina, así como el acceso a servicios básicos y los programas de promoción y prevención. ⁽¹⁷⁾

En los últimos 5 años Itagüí ha presentado un aumento en el número anual de defunciones, pasando en el 2006 de 967 defunciones a 1.351 en el 2010, por lo tanto la tendencia de defunciones ha ido en aumento en el municipio. ⁽¹⁸⁾

Dentro de las veinte principales causas de defunción esta en primer lugar las agresiones u homicidios con 343 casos para el 2010, le siguen los tumores malignos o Neoplasias con 248 casos y enfermedades isquémicas del corazón con 222 casos. La enfermedad que menos se presentó fue la de trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con 4 casos. ⁽¹⁸⁾

De los 1.351 fallecimientos las principales causas de muerte en el Municipio de Itagüí en el año 2010, se encuentra en primer lugar la muerte violenta o por agresiones con un 25% seguida de Neoplasias con un 18% y la causa que menos se presentó es la de accidentes de tránsito con un 2%. ⁽¹⁸⁾

La clasificación por tipo de muerte, la no fetal representa el 99% y la fetal el 1%.

Con respecto al género se presentaron 818 casos de muerte en el género masculino (60.5%) y 533 casos del género femenino (39.5%) lo que muestra una tendencia mayor en hombres que en mujeres. ⁽¹⁸⁾

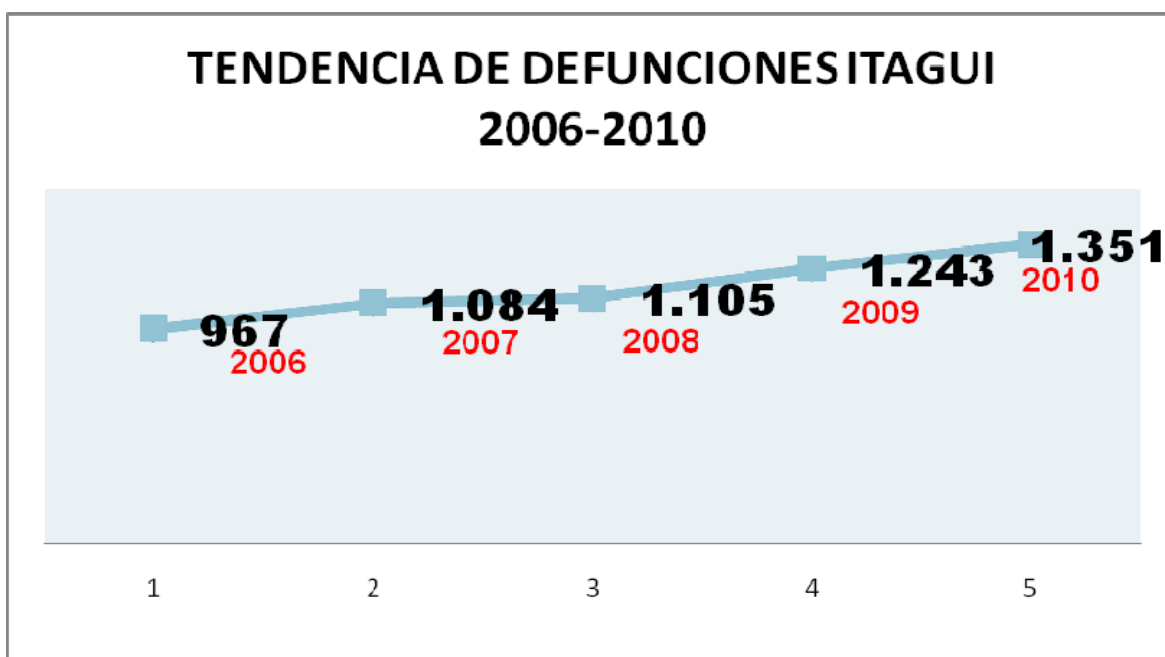
Con respecto a la edad y sexo, se presentaron mayor número de muertes en personas mayores de 60 años con 756 casos (56%), seguido de personas en edades entre los 15 a los 29 años con 242 casos (18%) y en niños menores de 5 años se presentaron 30 casos. Siendo el género masculino el más afectado. ⁽¹⁸⁾

Las principales tasas de mortalidad registradas en el Municipio en el 2010 por cada 1000 habitantes.

Tasa de Homicidios	1.3
Tasa de Neoplasias	0.98
Enfermedades Isquémicas	0.88

CONSOLIDADO DEFUNCIONES POR AÑO 2006-2010		
AÑO	NÚMERO DE DEFUNCIONES	%
2006	967	17%
2007	1,084	19%
2008	1,105	19%
2009	1,243	22%
2010	1,351	23%
TOTAL	5,750	100%

Tabla 14 Consolidación de defunciones por año del 2006 al 2010.



Gráfica 20 Tendencia de Defunciones 2006-2010

Las defunciones en el Municipio han venido creciendo en los últimos 5 años, siendo el Homicidio el que mayor crecimiento presenta. ⁽¹⁸⁾

VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN ITAGUI 2006-2010						
0 0 0 0	CAUSA	2006	2007	2008	2009	2010
101	AGRESIONES (HOMICIDIOS)Y SECUELAS	112	102	103	275	343
DEL 11 AL 36	NEOPLASIAS (TUMORES MALIGNOS) Y OTROS TIPOS DE CANCER	48	254	240	250	248
51	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	44	130	177	170	222
60	ENFERMEDADES CRONICOS DE LAS VIAS RESPUIRATORIOAS INFERIORES	47	96	72	66	86
55	ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	9	70	73	46	49
59	NEUMONIA	12	21	31	45	46
90	ACCIDENTE DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	30	32	27	41	30
41	DIABETES MELLITUS	17	43	44	32	25
50	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	41	26	36	15	19
62	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA REPIRATORIO	19	18	9	16	17
54	INSUFICIENCIA CARDIACA	17	10	17	21	13
53	TODAS LAS DEMAS FORMAS DE ENFERMEDADES DEL CORAZON	8	19	13	15	11

89	SIGNOS SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	122	10	89	13	11
9	ENFERMEDAD POR EL VIH (SIDA)		12	10	13	11
100	SUICIDIO		13	7	10	11
5	SEPTICEMIA (EXCEPTO NEONATAL)	40	11	10	8	8
88	LAS DEMAS MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CONGENITAS	7	11	4	3	7
82	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	88	5	3	4	4
74	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	23	15	19	9	17
VARIOS	TOTAL DEMAS CAUSAS	283	186	121	191	173
TOTAL		967	1,084	1,105	1,243	1,351

Tabla 15 Veinte primeras causas de muerte en el 2010 en el Municipio de Itagüí

Dentro de las veinte primeras causas de muerte en el municipio, ocupa el primer lugar los homicidios, con un 25% del total seguido de las neoplasias con un 18% y las enfermedades isquémicas y de corazón con un 16%, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal fue la causa que menos se presento con un 4%. Es importante resaltar que en el proceso de registro de la defunción por parte del personal médico se omitió información sobre la posible causa de defunción, para el efecto del análisis se omitieron 173 registros donde no se especifico la causa, estos registros podrían variar la estadística presentada.

(18)

POSIBLE CAUSA	CANT	%
MUERTE VIOLENTA	343	25%
OTRAS ENFERMEDADES	249	18%
TUMORES MALIGNOS	248	18%
ENFERMEDADES IZQUEMICAS Y DEL CORAZON	222	16%
SIN DATO	173	13%
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	86	6%
ACCIDENTES DE TRANSITO	30	2%
	1,351	100%

Tabla 16 Distribución de la posible causa de muerte 2010

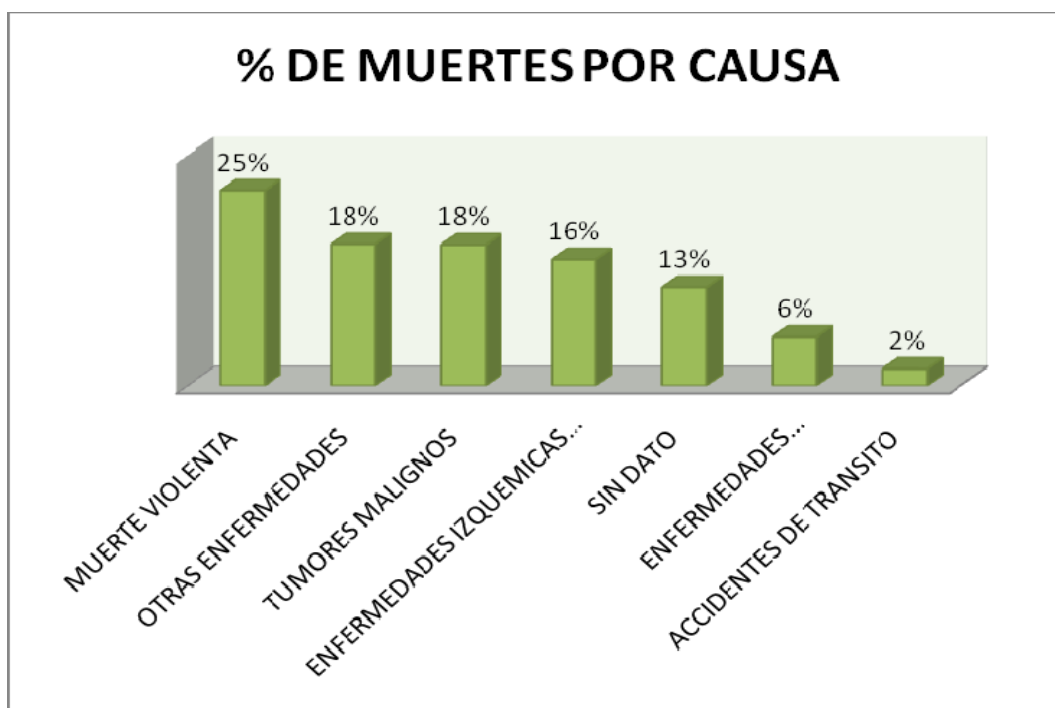


Gráfico 21 Primeras causas de muerte en el municipio de Itagüí 2010

La principal causa de defunción en el Municipio durante el 2010, fueron las muertes violentas el 25% seguidas por los tumores malignos y otras enfermedades con un 18% respectivamente. ⁽¹⁸⁾

TIPO DE MUERTE	CANT	%
FETAL	12	1%
NO FETAL	1.339	99%
	1.351	100%

Tabla 17 Distribución por tipo de muerte

|



Gráfico 22 Distribución por tipo de muerte

De las 1.351 muertes registradas en el 2010 el 99% fueron muertes no fetales y el 1% de las defunciones fueron muertes fetales. ⁽¹⁸⁾

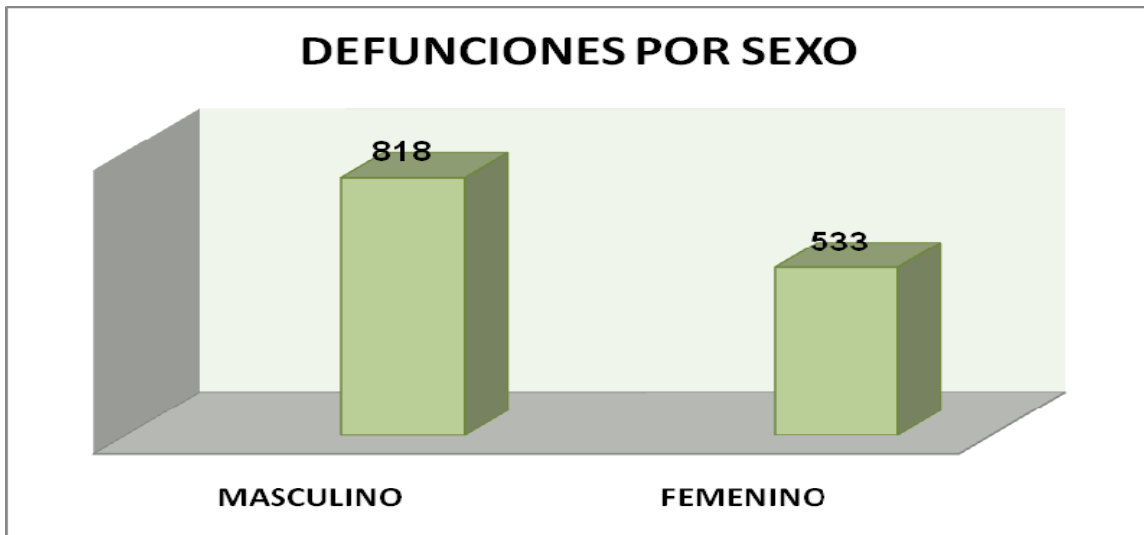


Grafico 23 Defunciones por sexo

DEFUNCIONES POR SEXO	
MASCULINO	FEMENINO
818	533

Tabl

a 18 Defunciones por sexo.

El mayor número de defunciones lo presentó el sexo masculino con 818 muertes (60.5%) mientras que en las mujeres se registraron 533 (39.5%) ⁽¹⁸⁾

DEFUNCIONES POR RANGOS DE EDAD Y SEXO		
RANGO DE EDAD	SEXO	
	FEMENINO	MASCULINO
ENTRE 0 Y 4 AÑOS	15	15
ENTRE 5 Y 9 AÑOS	1	
ENTRE 10 Y 14 AÑOS	3	7
ENTRE 15 Y 19 AÑOS	14	53
ENTRE 20 Y 24 AÑOS	12	88
ENTRE 25 Y 29 AÑOS	1	74
ENTRE 30 Y 34 AÑOS	5	34
ENTRE 35 Y 39 AÑOS	5	34
ENTRE 40 Y 44 AÑOS	7	40
ENTRE 45 Y 49 AÑOS	13	27
ENTRE 50 Y 54 AÑOS	26	34
ENTRE 55 Y 59 AÑOS	33	54
ENTRE 60 Y 64 AÑOS	42	53
MAS DE 65 AÑOS	356	305
TOTAL	533	818

Tabla 19 defunciones por grupo de edad y sexo

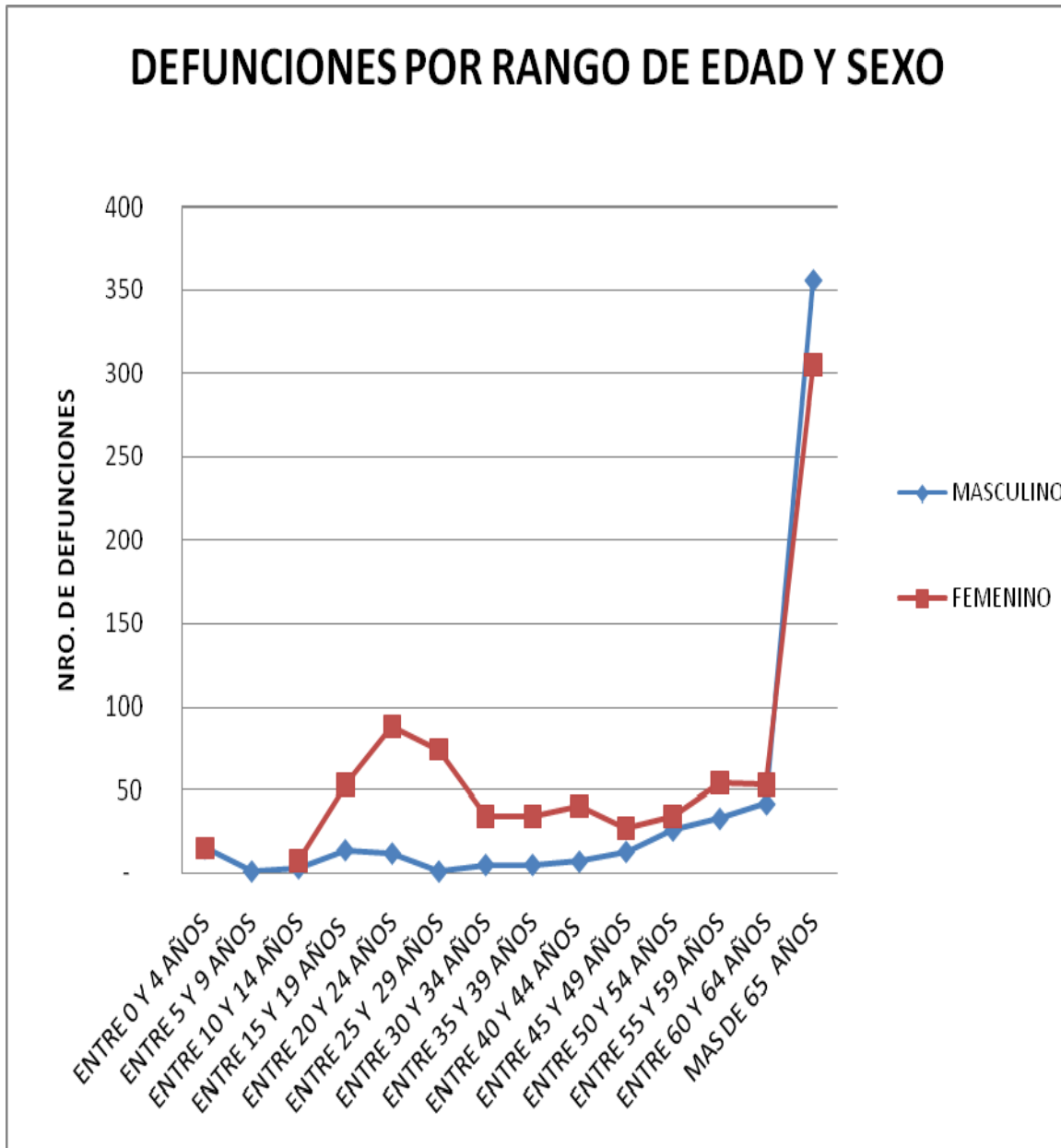


Gráfico 24 defunciones por grupo de edad y sexo

El mayor número de defunciones se presentó en adultos mayores de 65 años con 661 casos (49%) de los cuales 356 fueron del sexo femenino y 305 del sexo masculino, seguido de habitantes en edades entre los 60-64 años con 97 casos (7%) la edad que menos casos presentó fue la de menores en edad entre 5 y 9 años con un solo caso. En cuanto a la edad el sexo masculino fue el que presentó el mayor número de defunciones. ⁽¹⁸⁾

3.5 Tasa de mortalidad por 1000 habitantes

TASA DE DEFUNCIONES X 1000 HABITANTES 2010			
CODIGO DE LISTA	CAUSA	2010	TASA X 1000 HABITANTES
101	AGRESIONES (HOMICIDIOS)Y SECUELAS	343	1.36
DEL 11 AL 36	NEOPLASIAS (TUMORES MALIGNOS) Y OTROS TIPOS DE CANCER	248	0.98
51	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	222	0.88
60	ENFERMEDADES CRONICOS DE LAS VIAS RESPIRATORIOAS INFERIORES	86	0.34
55	ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	49	0.19
59	NEUMONIA	46	0.18
90	ACCIDENTE DE TRANSPORTE DE MOTOR Y SECUELAS	30	0.12
41	DIABETES MELLITUS	25	0.10
50	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	19	0.08
62	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA REPIRATORIO	17	0.07
54	INSUFICIENCIA CARDIACA	13	0.05
53	TODAS LAS DEMAS FORMAS DE ENFERMEDADES DEL CORAZON	11	0.04

89	SIGNOS SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	11	0.04
9	ENFERMEDAD POR EL VIH (SIDA)	11	0.04
100	SUICIDIO	11	0.04
5	SEPTICEMIA (EXCEPTO NEONATAL)	8	0.03
88	LAS DEMAS MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CONGENITAS	7	0.03
82	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	4	0.02
74	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	17	0.07
	VARIOS TOTAL DEMAS CAUSAS	173	0.69
TOTAL		1,351	

Tabla 20 Tasa de defunciones por cada 1000 habitantes en Itagüí en el 2010.

Para el año 2010, se registraron 1.351 defunciones, de las cuales los hombres aportaron el 60.5% con y las mujeres 39.5%. La zona de ocurrencia con mayor proporción de muertes fue la urbana; de las defunciones ocurridas se halló que el 25% de estas se debieron a muertes violentas, con una tasa por cada cien mil habitantes de 136. La mortalidad en la mayoría de las edades fue mayor en los hombres, La segunda causa de muerte que se presentó en el municipio está relacionada con tumores malignos, además se resalta que se presentaron 11 suicidios para este periodo, el mayor número de fallecimientos se presentó en personas mayores de 65 años. ⁽¹⁸⁾

CAPÍTULO 4

4.1 MORBILIDAD

Morbilidad (del inglés *morbidity*) es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.⁽¹⁹⁾

En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población.⁽¹⁹⁾

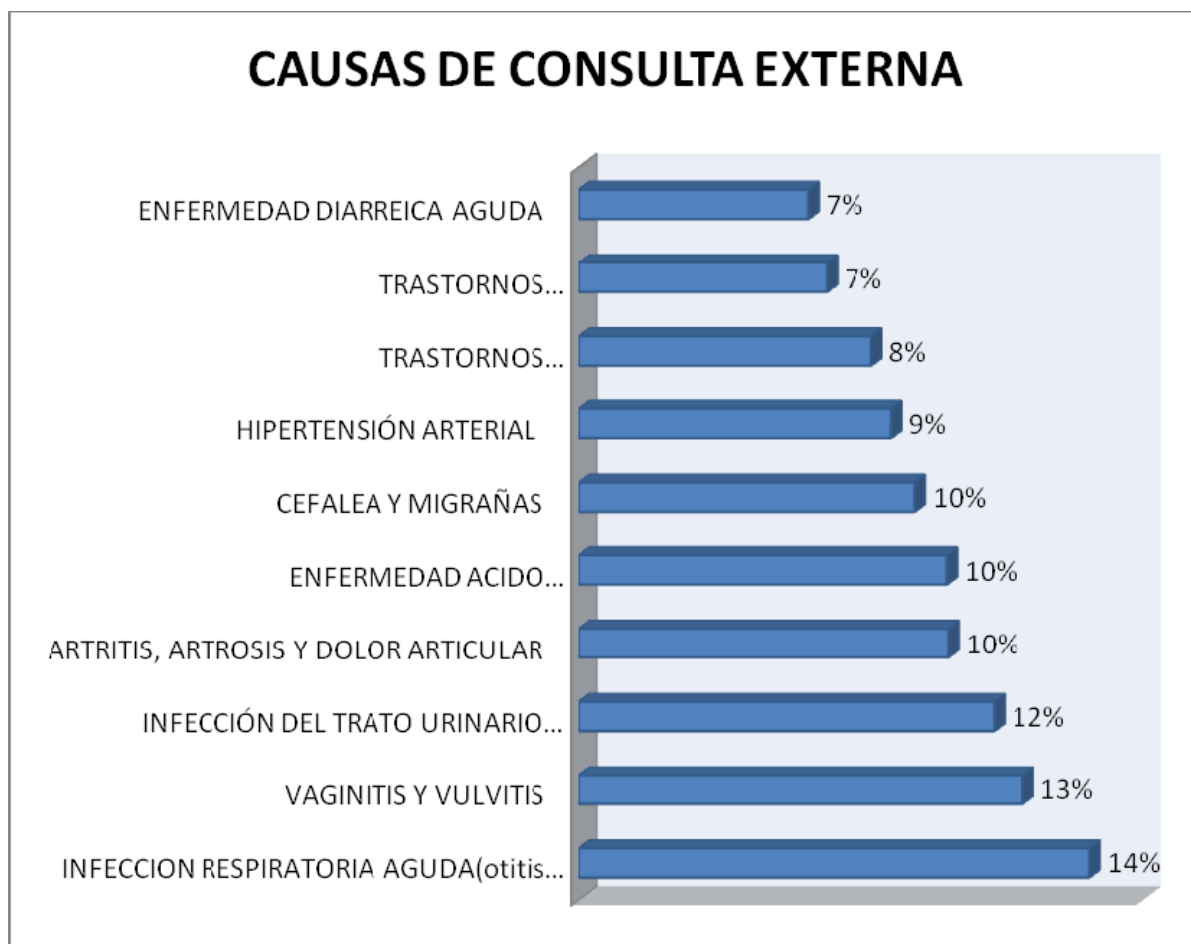
También es una adaptación mal empleada al español que proviene de la inglesa "morbidity" generalmente usada así en Sudamérica para identificar una condición médica en la que se estudian los padecimientos de una enfermedad y cuyo verdadero significado es "patología". O también para definir discapacidad, es el porcentaje de individuos que contrae una cierta enfermedad en una población.⁽¹⁹⁾

Para el diagnóstico se tomó la información registrada en la ESE Hospital del Sur, es un hospital de primer nivel de complejidad, que atiende el 100% de la población sisbenizada en el Municipio, algunos pacientes de las EPS y consultas particulares.

La cobertura de atención en el Hospital con respecto al resto del municipio es del 67% de la atención en servicios de salud del Municipio.

ESE HOSPITAL DEL SUR GJP 2010				SEXO		
SISTEMA DE INGRESO	ORDEN	CAUSA	NRO. DE CASOS	MUJERES Nro.	HOMBRES Nro.	%
CONSULTA EXTERNA	1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA(otitis media, faringitis estreptocócica, Rin faringitis, laringotraqueitis, bronquiolitis, neumonía, bronconeumonía)	3,421	1,779	1,642	14%
	2	VAGINITIS Y VULVITIS	2,977	2,977		13%
	3	INFECCIÓN DEL TRATO URINARIO (Cistitis, infección de vejiga, infección de vías urinarias)	2,782	2,226	556	12%
	4	ARTRITIS, ARTROSIS Y DOLOR ARTICULAR	2,475	1,386	1,089	10%
	5	ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA(gastritis, ulcera, esofagitis)	2,465	1,282	1,183	10%
	6	CEFALEA Y MIGRAÑAS	2,250	1,080	1,170	10%
	7	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2,094	1,089	1,005	9%
	8	TRASTORNOS REFRACCIÓN (Miopía, hipermetropía, astigmatismo)	1,961	1,098	863	8%
	9	TRASTORNOS MENTALES(Ansiedad, Depresión)	1,661	930	731	7%
	10	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	1,536	799	737	7%
			23,622	14,646	8,976	100%

Tabla 21 Diez primeras causas de consulta externa



Gráfica 25 Diez primeras causas de consulta externa.

Dentro de las 10 primeras causas analizadas de consulta externa (23.622 casos) en el 2010, la de mayor incidencia es la consulta por infecciones respiratorias donde se presentaron 3.421 casos (el 14%), seguida de enfermedades relacionadas con vaginitis o vulvitis con 2.977 casos (el 13%), en el análisis por genero fue el sexo femenino el que mayor número de consultas presento con el 62% de las consultas, mientras que el género masculino solo presentó el 38%.

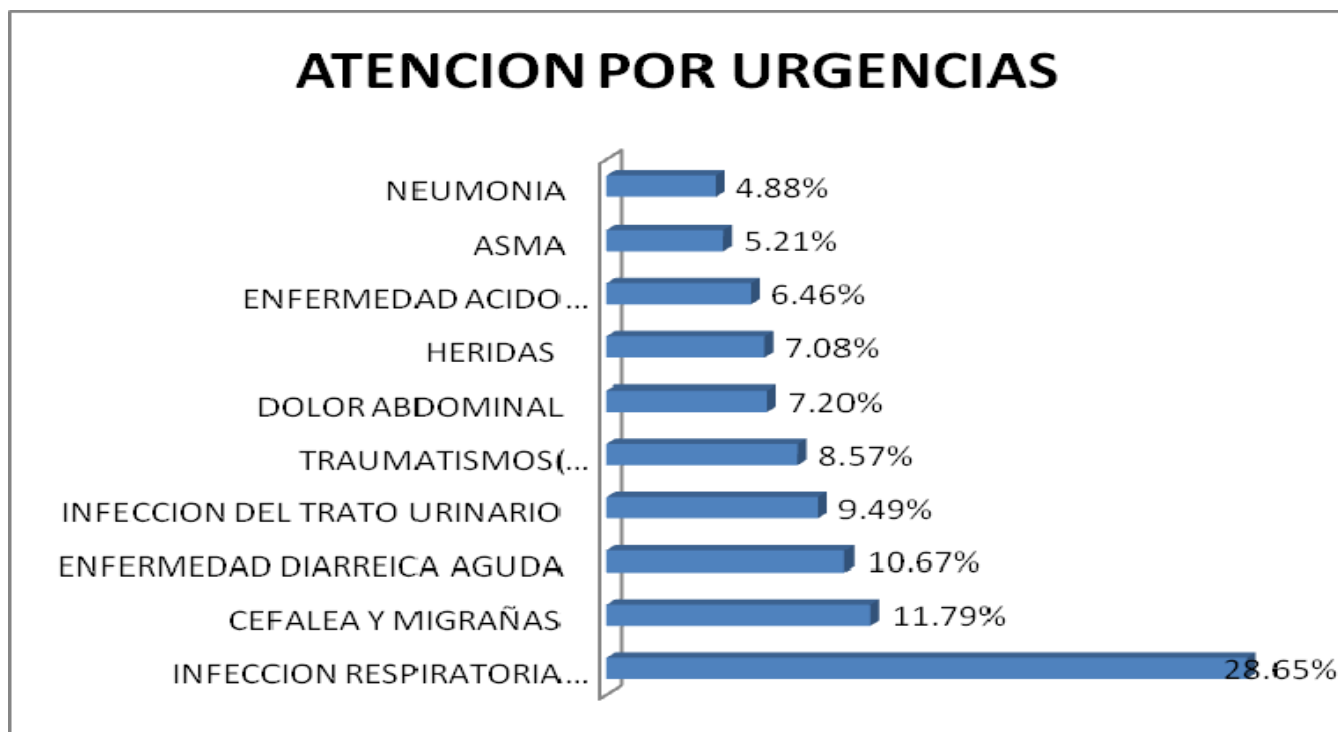
RANGOS DE EDADES DE CONSULTAS		
De 1 A 4 años	4,488	19%
De 5 A 14 años	1,654	7%
De 15 A 24 años	4,488	19%
De 25 A 35 años	4,252	18%
De 35 A 50 años	3,543	15%
De 50 A 60 años	2,835	12%
MAS DE 60	2,362	10%

Tabla 22 Rango de edades de consulta externa.

Los menores en edades entre 1 y 4 años y 15 y 24 años son los que mayor número de consultas externas registraron (un 19%) y la población que menos consultas registró son menores de 5 a 14 años con un 7% de consultas registradas.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE ATENCIÓN POR URGENCIAS 2010						
ESE HOSPITAL DEL SUR GJP 2010				SEXO		
SISTEMA DE INGRESO	ORDEN	CAUSA	NRO. DE CASOS	MUJERES Nro.	HOMBRES Nro.	%
URGENCIAS	1	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (otitis media, faringitis, estreptococica, rinofaringitis, laringotraqueitis, bronquiolitis, neumonía, bronconeumonía)	4,809	2,693	2,116	28.65%
	2	CEFALEA Y MIGRAÑAS	1,978	1,029	949	11.79%
	3	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	1,791	1,003	788	10.67%
	4	INFECCION DEL TRATO URINARIO	1,593	828	765	9.49%
	5	TRAUMATISMOS (Esguinces, contusión, fracturas)	1,439	806	633	8.57%
	6	DOLOR ABDOMINAL	1,208	628	580	7.20%
	7	HERIDAS	1,188	665	523	7.08%
	8	ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA (gastritis, ulcera, esofagitis)	1,085	564	521	6.46%
	9	ASMA	874	489	385	5.21%
	10	NEUMONIA	819	426	393	4.88%
				16,784	9,131	7,653

Tabla 23 Diez primeras causas de atención por urgencias



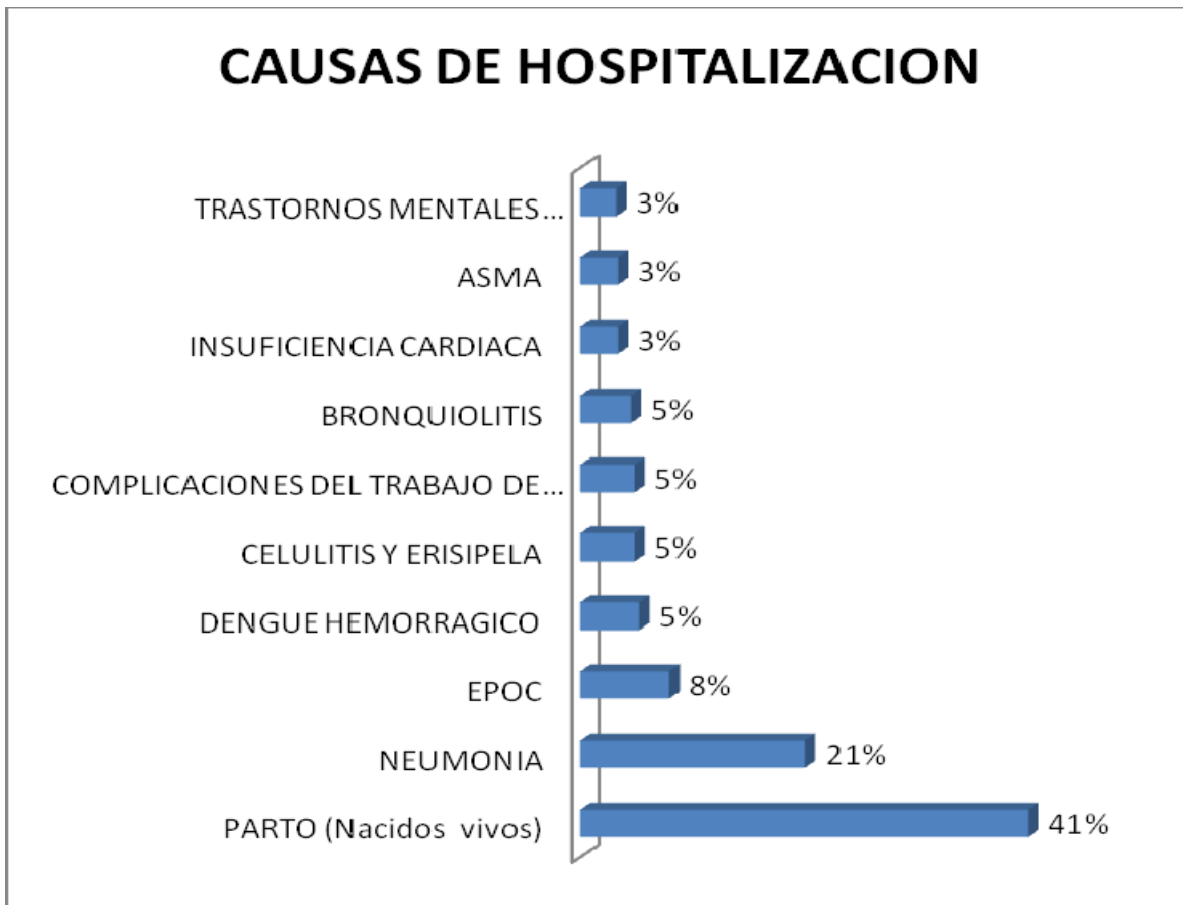
Gráfica 26 Atención por urgencias registrada en el 2010.

En el 2010 ingresaron al servicio de urgencias, 16.784 personas de las cuales el 54% eran mujeres y el 46% hombres, la mayor causa de atención se presentó por enfermedad respiratoria aguda con 4.806 casos (un 28.65%) seguida de cefaleas y migrañas con 1.978 casos (un 12%), y enfermedad diarreica aguda con un 10.67% en promedio ingresaron al servicio de urgencias 46 personas diariamente.

El 54 % de las consultas fueron realizadas por el sexo femenino y el 46% por hombres. Las principales causas de consulta en el sexo femenino fueron las enfermedades respiratorias, seguidas de cefaleas y migrañas y enfermedad diarreica aguda. En el sexo masculino la principal causa de atención por urgencias fueron las enfermedades respiratorias seguida de cefaleas o migrañas.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION 2010						
ESE HOSPITAL DEL SUR GJP 2010				SEXO		
SISTEMA DE INGRESO	ORDEN	CAUSA	NRO. DE CASOS	MUJERES Nro.	HOMBRES Nro.	%
HOSPITALIZACIÓN	1	PARTO (Nacidos vivos)	478	478		41%
	2	NEUMONIA	240	125	115	21%
	3	EPOC	95	53	42	8%
	4	DENGUE HEMORRAGICO	63	33	30	5%
	5	CELULITIS Y ERISPELA	58	32	26	5%
	6	COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y POSPARTO	58	30	28	5%
	7	BRONQUIOLITIS	54	30	24	5%
	8	INSUFICIENCIA CARDIACA	40	21	19	3%
	9	ASMA	40	22	18	3%
	10	TRASTORNOS MENTALES (Ansiedad, Depresión)	38	20	18	3%
				1,164	843	321

Tabla 24 Diez primeras causas de hospitalización



Gráfica 27 Diez primeras causas de hospitalización

En el 2010 en el servicio de hospitalización se atendieron 1.164 personas, el 72% de las hospitalización se presentó con el género femenino y el 28% con el género masculino, la mayor causa de hospitalización fue por parto con un 41% (478 pacientes), seguido de neumonías con un 21%. y EPOC con un 8%

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE ATENCION ODONTOLOGICA						
ESE HOSPITAL DEL SUR GJP 2010				SEXO		
SISTEMA DE INGRESO	ORDEN	CAUSA	NRO. DE CASOS	MUJERES	HOMBRES	%
ODONTOLOGIA	1	GINGIVITIS	12,476	6,987	5,489	33%
	2	CARIES	10,950	5,694	5,256	29%
	3	DEPOSITOS (ACRECCIONES) EN LOS DIENTES	5,591	3,131	2,460	15%
	4	RAIZ DENTAL RETENIDA	1,837	955	882	5%
	5	PULPITIS	1,434	803	631	4%
	6	FRACTURA DE DIENTES	1,174	610	564	3%
	7	DEGENERACION DE LA PULPA	1,097	614	483	3%
	8	PERIODONTITIS	1,058	550	508	3%
	9	OTROS TRASTORNOS PERIODONTALES	1,018	570	448	3%
	10	NECROSIS DE LA PULPA	869	452	417	2%
			TOTAL	37,504	20,367	17,137

Tabla 25 Diez causas de atención odontológica

En el 2010 el servicio de odontología, fue el servicio más utilizado con 37.504 consultas, de las cuales 12.476 (un 33%) se presentaron por gingivitis, seguido de caries con 10.950 casos (un 29%). y depósitos en los dientes con un 15%, el servicio odontológico fue el más demandado en la E S E Hospital del Sur.

CAPÍTULO 5

SITUACIÓN NUTRICIONAL

El informe que se presenta a continuación del estado nutricional de la población de Itagüí, fue un trabajo realizado en el segundo semestre de 2010, en el intervinieron personas externas que recolectaron la información, el objetivo del trabajo fue conocer la situación del estado nutricional de la población de Itagüí.

5.1 POBLACIÓN OBJETIVO

Se determinó como muestra a evaluar el 38 % de los estudiantes pertenecientes al total de las Instituciones Educativas del municipio de Itagüí

En total se analizaron 13.667 registros de las 25 Instituciones Educativas del municipio y sus 14 sedes alternas.

5.1 Total de estudiantes evaluados en cada una de las instituciones educativas del municipio de Itagüí. Segundo semestre de 2010.

INSTITUCION EDUCATIVA	TOTAL ESTUDIANTES	MUESTRA
Antonio José de Sucre	1142	434
Avelino Saldarriaga	1860	707
Avelino Saldarriaga sede La Unión	418	159
Avelino Saldarriaga sede Olivares	112	43
Carlos Enrique Cortes	615	234
Ciudad Itagüí	732	278
Ciudad Itagüí María Bernal	477	181
Ciudad Itagüí sede El Tablazo	599	228
Concejo Municipal	2178	828
Concejo Municipal sede San Francisco	616	234
Diego Echavarría Misas	2622	996
El Rosario	1037	394
Enrique Vélez Escobar	1135	431
Enrique Vélez Escobar sede Arnulfo Flores	544	207
Enrique Vélez Escobar sede La Providencia	1091	415
Esteban Ochoa	681	259
Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 1	738	201
Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 2		79
Felipe de Restrepo	1192	453

Felipe de Restrepo sede Gabriel Rodríguez	200	76
Isolda Echavarría	934	355
Jhon F Kennedy	1510	505
Jhon F Kennedy sede Hogar del Niño		69
Juan Echeverry Abad	739	281
Juan Nepomuceno Cadavid	1498	569
Loma Linda	1073	408
Los Gómez	684	260
Los Gómez sede Ajizal	423	161
Luis Carlos Galán	875	333
Marceliana Saldarriaga	1584	602
María Jesús Mejía	835	317
María Jesús Mejía Primaria	522	198
María Josefa Escobar	539	205
Orestes Sindicce	1216	461
Orestes Sindicce sede Porvenir	876	333
Pedro Estrada	1218	463
San José	1398	531
San José sede Primaria	476	181
Simón Bolívar	1577	598
TOTAL	35966	13667

Tabla 26 estudiantes evaluados por institución educativa.

5.2 Metodología.

Para la recolección de los datos se utilizó la base de datos suministrada por la Secretaria de Educación para el registro de medición antropométrica. En este formato se contaba con el nombre de la Institución educativa, el documento de identidad, nombres y apellidos, dirección de residencia, teléfono, fecha de nacimiento, sexo, jornada, grado y grupo. Allí se registró la talla en centímetros y el peso en kilogramos de cada uno de los niños evaluados.

Para la medición de la estatura se utilizó el tallímetro portátil para colocar en la pared marca Bodymeter SECA 206, con altura máxima de 220 centímetros y sensibilidad de 0,1 centímetros.

Para la medición del peso se utilizó la balanza electrónica portátil para colocar en piso marca CE con una capacidad de 150 kilogramos y una sensibilidad de 100 gr.

5.3 Recolección de datos

De cada institución educativa se seleccionó el 38% de los estudiantes, contando con las siguientes características:

Ambos sexos.

Escolares entre 5 y 18 años.

Para la muestra total se tuvo un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%. La población escolar en el municipio de Itagüí es de 35.966 niños, estando representada en la sección primaria con 16.935 niños y secundaria con 19.031 . De ellos se evaluó el 38% lo que equivale a 13.667 registros.

El personal seleccionado para la toma de peso y talla debía tener experiencia en procesos de medición. Se contó con la participación de 10 personas de las cuales 5 eran auxiliares de formato y 5 evaluadores. Estas personas fueron capacitadas por la Universidad de Antioquia en cuanto al proceso de toma y registro de las medidas de peso y talla, además en el manejo de los equipos antropométricos para garantizar la calidad de los datos y unificar procedimientos.

5.4 Análisis de la información

La base de datos con los niños escolarizados en el municipio fue suministrada por la Secretaría de Educación, con ésta información se seleccionó la muestra por institución educativa y se programaron las visitas en tantas oportunidades como fuera necesario hasta obtener el 100% de los datos requeridos.

El programa utilizado para la digitación fue WHO ANTHRO PLUS ¹⁹ el cual permite determinar el puntaje Z en niños hasta los 18 años de edad de forma individual. Luego se exportó la información a Microsoft Excel 2007 donde se procesó estadísticamente y se realizaron las tablas y graficas requeridas con las variables demográficas, sociales y de la institución.

5.5 Control de calidad de la información

El equipo de personas que recolectaron y registraron la información fue capacitado por la Universidad de Antioquia en la toma y registro de medidas como peso y talla y en el manejo de los equipos antropométricos para lo cual se destinaron personas en dedicación exclusiva a esta labor.

La información digitada estuvo a cargo de una Nutricionista Dietista con conocimientos en digitación. Para ayudar en este proceso se contó con la colaboración de los auxiliares de formato los cuales eran supervisados y controlados por parte de la Nutricionista. Una vez terminada la digitación, se inició la revisión en cada una de las Institución Educativa, haciendo énfasis en los casos extremos e inconsistencias encontradas revisando nuevamente los registros físicos.

5.6 Resultados

Actualmente, se cuenta con un reporte de 35.966 niños escolarizados en el municipio. Para la valoración nutricional se contó con un total de 13.667 registros lo que equivale al 38% de la población escolarizada. En esta valoración se incluyeron las 25 Instituciones Educativas tanto públicas como privadas y sus 14 sedes alternas con las que cuenta actualmente el Municipio de Itagüí

5.7 Distribución absoluta y porcentual de los niños de cada institución educativa a los cuales se les realizó valoración nutricional

INSTITUCION EDUCATIVA	MUESTRA	%
Antonio José de Sucre	434	3,18%
Avelino Saldarriaga	707	5,17%
Avelino Saldarriaga sede La Unión	159	1,16%
Avelino Saldarriaga sede Olivares	43	0,31%
Carlos Enrique Cortes	234	1,71%
Ciudad Itagüí	278	2,03%
Ciudad Itagüí María Bernal	181	1,32%

Ciudad Itagüí sede El Tablazo	228	1,67%
Concejo Municipal	828	6,06%
Concejo Municipal sede San Francisco	234	1,71%
Diego Echavarría Misas	996	7,29%
El Rosario	394	2,88%
Enrique Vélez Escobar	431	3,15%
Enrique Vélez Escobar sede Arnulfo Flores	207	1,51%
Enrique Vélez Escobar sede La Providencia	415	3,04%
Esteban Ochoa	259	1,90%
Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 1	201	1,47%
Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 2	79	0,58%
Felipe de Restrepo	453	3,31%
Felipe de Restrepo sede Gabriel Rodríguez	76	0,56%
Isolda Echavarría	355	2,60%
Jhon F Kennedy	505	3,70%
Jhon F Kennedy sede Hogar del Niño	69	0,50%
Juan Echeverry Abad	281	2,06%
Juan Nepomuceno Cadavid	569	4,16%
Loma Linda	408	2,99%
Los Gómez	260	1,90%
Los Gómez sede Ajizal	161	1,18%
Luis Carlos Galán	333	2,44%
Marceliana Saldarriaga	602	4,40%
María Jesús Mejía	317	2,32%
María Jesús Mejía Primaria	198	1,45%
María Josefa Escobar	205	1,50%
Orestes Sindicce	461	3,37%
Orestes Sindicce sede Porvenir	333	2,44%

Pedro Estrada	463	3,39%
San José	531	3,89%
San José sede Primaria	181	1,32%
Simón Bolívar	598	4,38%
TOTAL	13667	100%

Tabla 27

La población evaluada es muy similar en ambos sexos, sin embargo se muestra una leve inclinación al sexo femenino con un 52% (7.086 niñas) (ver gráfico 1). En el informe realizado el año 2009 sobre Diagnostico del estado nutricional del Municipio de Itagüí se encontró que la población predominante era el género masculino con un 51.7%.

5.8 Distribución porcentual por sexo de la población de las instituciones públicas en donde se realizó valoración antropométrica

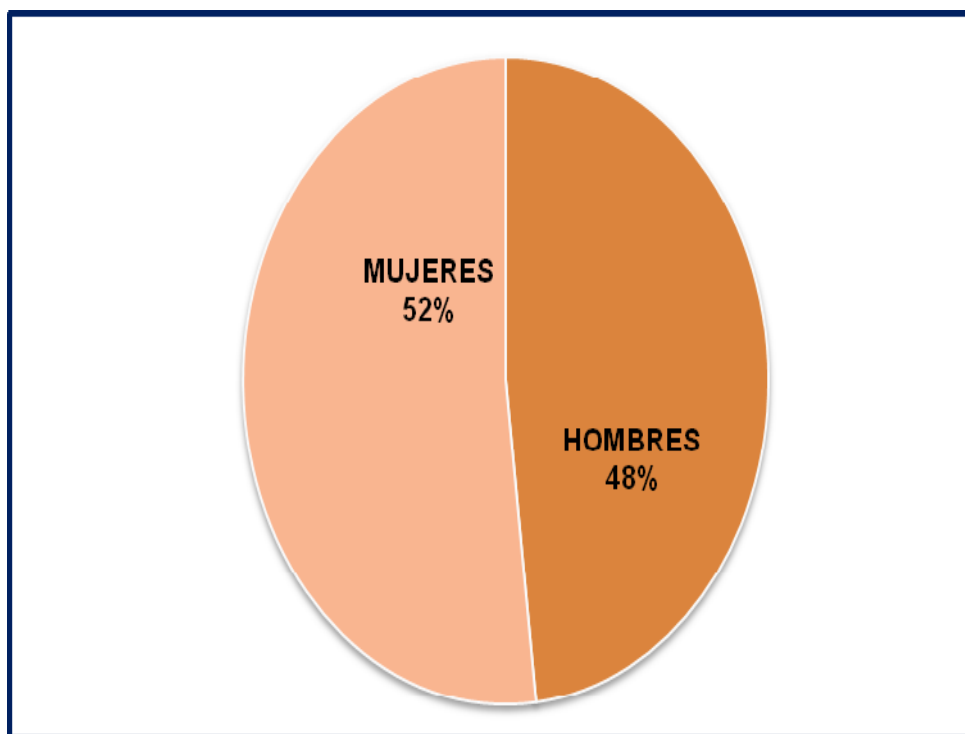


Gráfico 28 Distribución porcentual por sexo.

5.9 Clasificación por grupo de edad y género

Al clasificar los estudiantes por grupos de edad y género, se encontró que en todos ellos predomina el género femenino, excepto en el grupo de 5,0 a 6 años y 11 meses, donde se tiene una distribución del 50%.

El grupo en el cual se encuentra la mayoría de la población evaluada está representado entre los 11,0 y 14 años y 11 meses con un 37%. Seguido a éste se encuentra el grupo entre 7,0 y 10 años y 11 meses con un 31%, luego los mayores de 15 años con el 22% y por último los niños entre 5,0 y 6 años y 11 meses con el 9% restante.

5.9.1 Distribución porcentual de la edad clasificada por grupos y por género

RANGO DE EDAD	GENERO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	n	%	n	%		
5 - 6	626	50%	637	50%	1263	9%
7 - 10	2174	51%	2082	49%	4256	31%
11 - 14	2654	52%	2436	48%	5090	37%
> 15 años	1632	53%	1426	47%	3058	22%
TOTAL	7086		6581		13667	100%

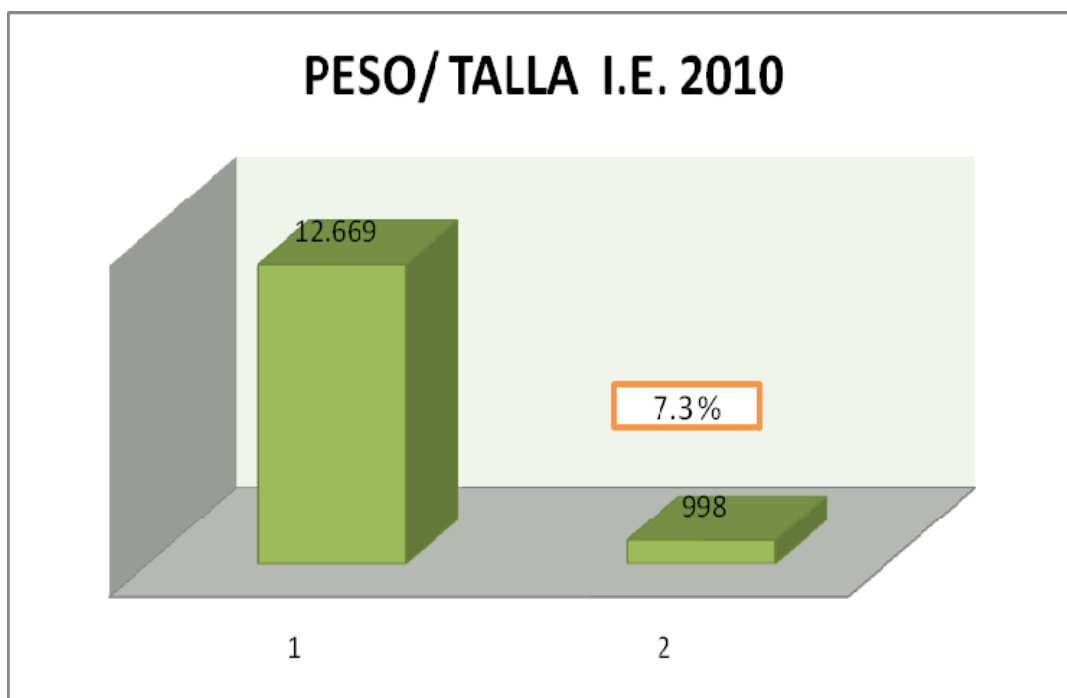
Tabla 28 Distribución porcentual por edad.

5.10 Clasificación del estado nutricional

5.10.1 Indicador peso/talla menores de las I.E.

EVALUADOS	DESNUTRICION AGUDA	
	Nº	%
NORMALES	12.669	93%
DESNUTRICION AGUDA LEVE	998	7%
	13.667	

Tabla 29 menores evaluados con % de desnutrición aguda



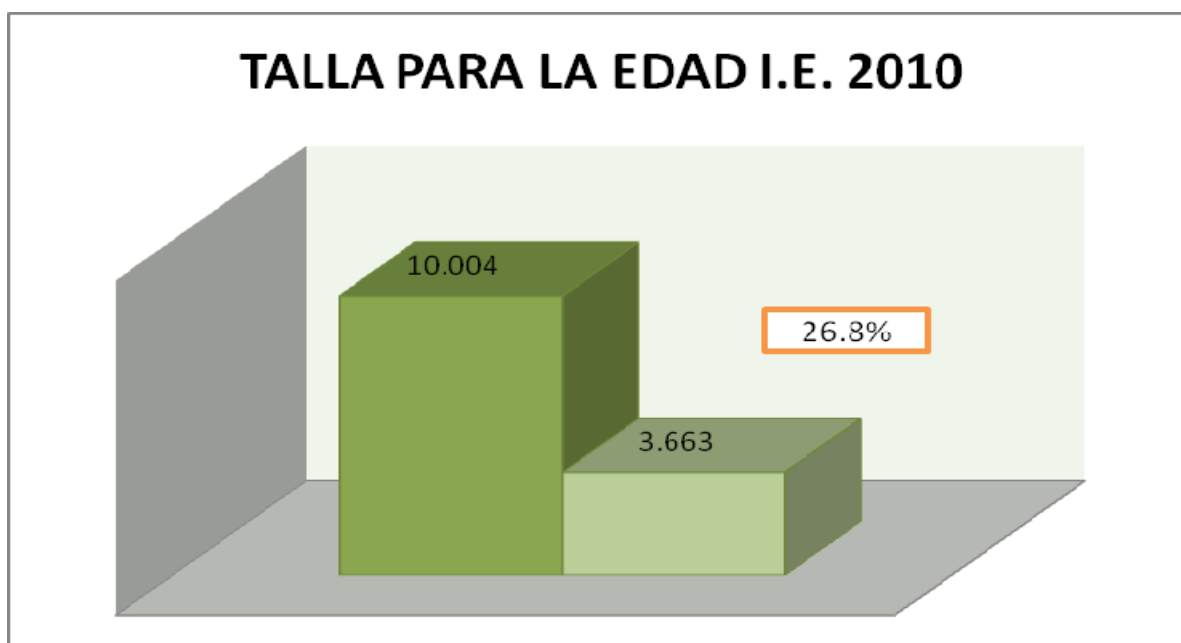
Gráfica 29 Distribución porcentual de desnutrición aguda en el Mpio.

Desnutrición aguda: Al realizar el análisis de este indicador, se puede ver claramente que el mayor porcentaje está representado por la adecuación, De los 13,667 el 93 % (12,669 menores) presentan un peso adecuado para la talla y el 7.3% (998 menores) presentan desnutrición aguda leve. ⁽²¹⁾

5.10.2 Indicador talla/edad

EVALUADOS	DESNUTRICION CRONICA	
	Nº	%
NORMALES	10.004	73,2%
DESNUTRICION CRONICA	3.663	26,8%
	13.667	

Tabla 30 Porcentaje de menores con desnutrición crónica.



Gráfica 30 Distribución de la desnutrición crónica

Desnutrición Crónica: Al realizar el análisis de este indicador, se puede ver claramente que el mayor porcentaje está representado por la adecuación, De los 13,667 menores evaluados el 73,2% (10,004 menores) se encuentran con la talla adecuada para la edad y el 26,8% (3,663 menores) presentan desnutrición crónica. Tal como se muestra en el gráfico. ⁽²²⁾

5.10.3 Indicador general de la situación nutricional.

EVALUADOS	NORMALES	
	Nº	%
NORMALES	6.998	51,2%
CON ALGUN GRADO DE DESNUTRICION	6.669	48,8%
	13.667	

Tabla 31 Distribución del análisis general nutricional

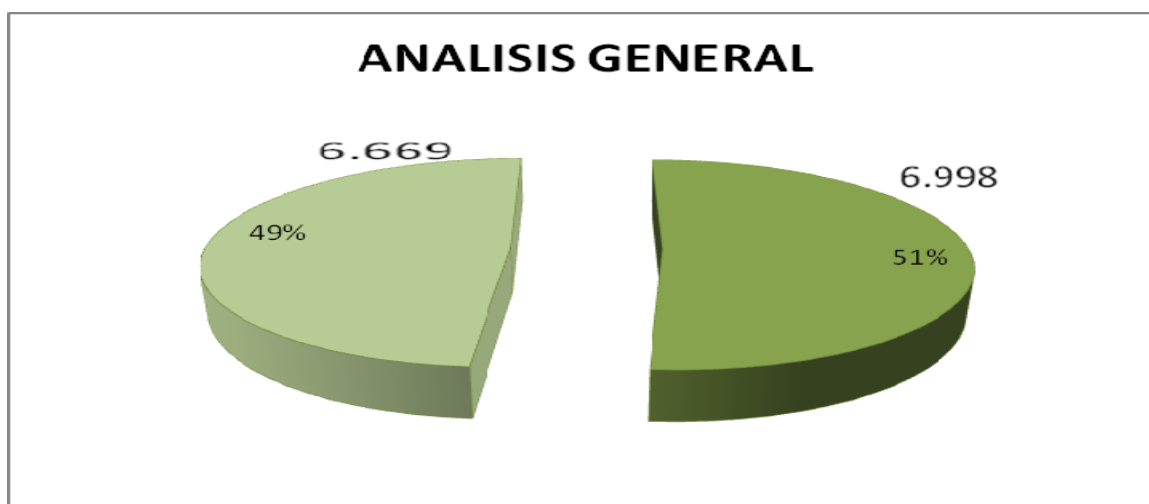


Gráfico 31 Distribución porcentual de la desnutrición general.

De los 13,667 menores evaluados el 51,2% (6,998 menores) se encuentran con situación normal y el 48,8% (6,669 menores) se encuentran con algún riesgo de desnutrición. Tal como se muestra en el gráfico.

5.10.3.1 Sobre peso:

EVALUADOS	SOBRE PESO	
	Nº	%
NORMALES	11.590	85%
SOBRE PESO	2.077	15%

Tabla 32 SOBRE PESO

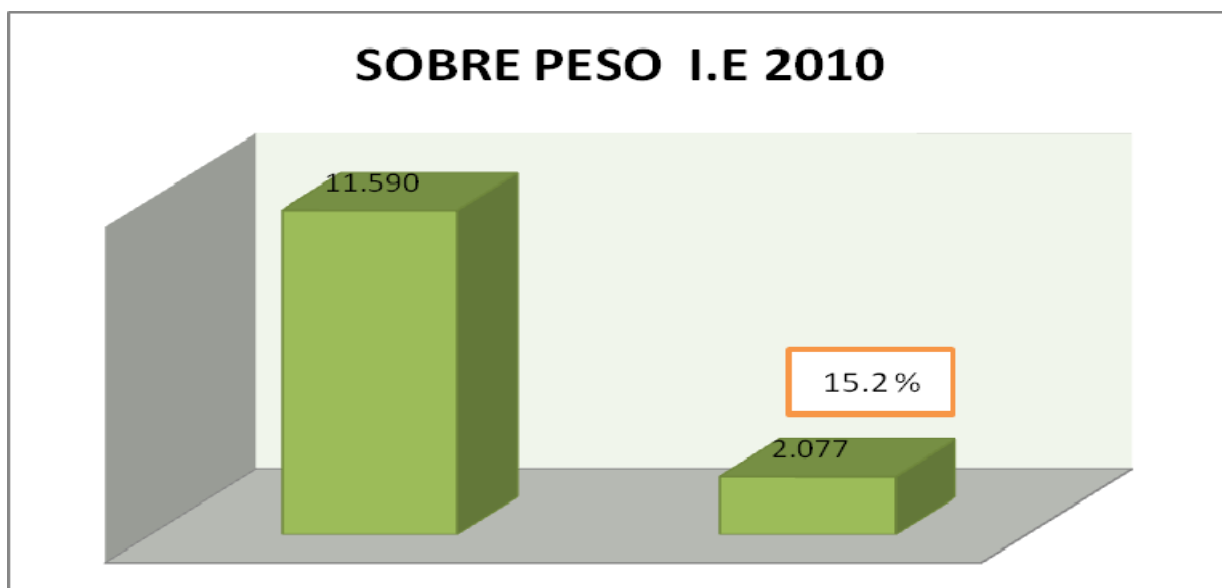


Gráfico 32 Distribución porcentual de sobre peso

Sobre peso: De los 13,667 menores evaluados el 15,2 % (2,077 menores) se encuentran con sobre peso. Tal como se muestra en el gráfico. ⁽²³⁾

5.10.3.2 Indicador de extrema delgadez

EVALUADOS	EXTREMA DELGADEZ	
	Nº	%
NORMALES	13.407	98%
EXTREMA DELGADEZ	260	2%

Tabla 33 Distribución de extrema delgadez,

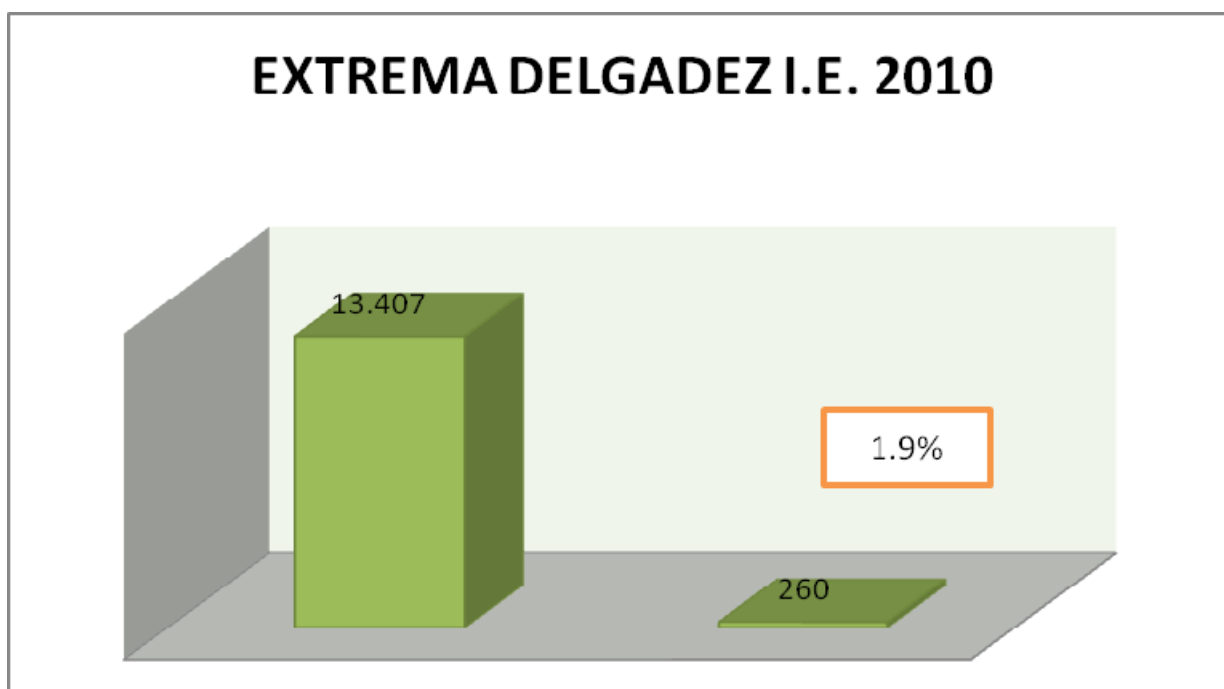


Gráfico 33 Distribución porcentual de extrema delgadez.

Extrema delgadez: De los 13,667 menores evaluados el 1,9 % (260 menores) se encuentran en situación de extrema delgadez. Tal como se muestra en el gráfico. ⁽²⁴⁾

5.10.3.3 Indicador índice de masas corporal (IMC)/edad

Al analizar este indicador encontramos que el 9.153 niños (67%) se encuentran actualmente con un peso adecuado para la estatura y para la edad (IMC/Edad),

5.10.3.4 Distribución del indicador IMC/edad en los estudiantes evaluados

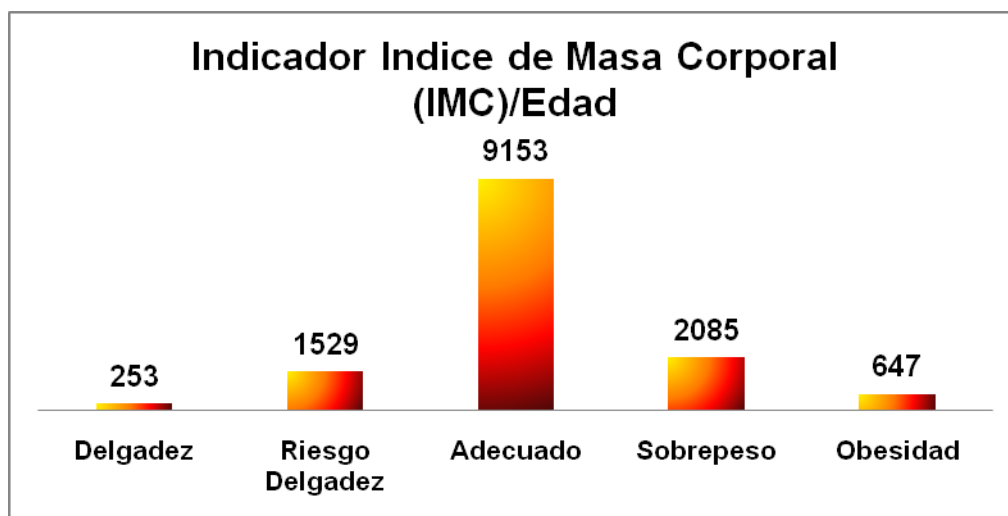


Gráfico 34

5.10.4 Diagnóstico del estado nutricional por género

5.10.4.1 Indicador talla/edad por género

Al realizar el análisis nutricional a través del indicador talla para la edad, se puede observar que existe gran predominancia hacia la “adecuación (>-1.0 puntaje Z)” con un total de 9.306 niños lo que equivale al 68% de la población evaluada. De este total predomina el género femenino con el 52% a diferencia del género masculino con el 48% restante. En cuanto al indicador “Riesgo de baja talla (-1.01 -2.0 puntaje Z)” se observa una presencia actual de 3.556 niños (26%) conteniendo la misma proporción por género.

Para el tercer indicador “Retraso en talla (< -2.0 puntaje Z)” se observa lo contrario ya que predomina el género masculino con 415 niños lo que equivale al 52% de esta clasificación. En total este indicador representa el 6% de la muestra.

Llama la atención como el 32% de los escolares evaluados presentan tallas por debajo de la referencia teniendo en cuenta que este parámetro se altera lentamente por las influencias ambientales y se requieren periodos largos de enfermedad, privación afectiva o de una dieta deficiente para que se retrase el crecimiento lineal. Este déficit se asocia con bajo estrato socioeconómico, deficiente calidad de vida, enfermedades a repetición, etc.

5.10.4.2 Distribución del indicador talla/edad por género en el total de los niños evaluados

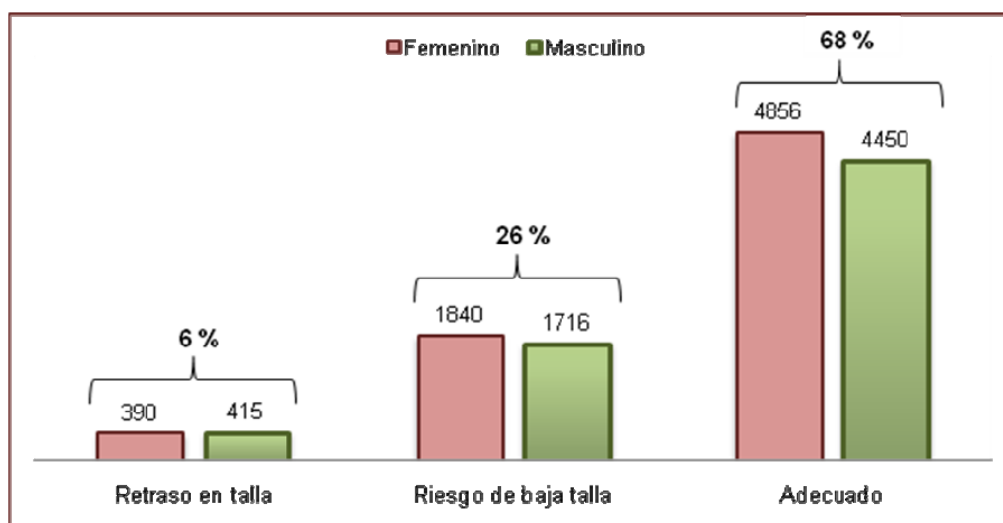


Gráfico 35

5.10.4.3 Indicador índice de masas corporal (IMC)/edad por género

El 67% está representado en un diagnóstico “Adecuado (-1.0 +1.0 puntaje Z)” con una predominancia del género femenino (53%). Seguido a este indicador se observa que el 20% de los escolares tienen un peso por encima del recomendado para su talla y edad, lo que indica “Sobrepeso (+1.0 +2.0 puntaje Z)” y “Obesidad (> +2.01 puntaje Z)” con un 15 % y 5% respectivamente.

En la clasificación de sobrepeso se tiene predominancia del género femenino con un 56%, mientras que en la “Obesidad” predomina el género masculino con 57%.

Llama la atención ver como los hombres son quienes presentan menor peso del recomendado para la talla, con los indicadores “Riesgo de Delgadez (-2.0 -1.01 puntaje Z)” y “Delgadez (< -2.01 puntaje Z)”, estando representado con un 11% y 2% respectivamente.

5.10.4.4 Distribución del indicador IMC/edad por género en el total de los niños evaluados

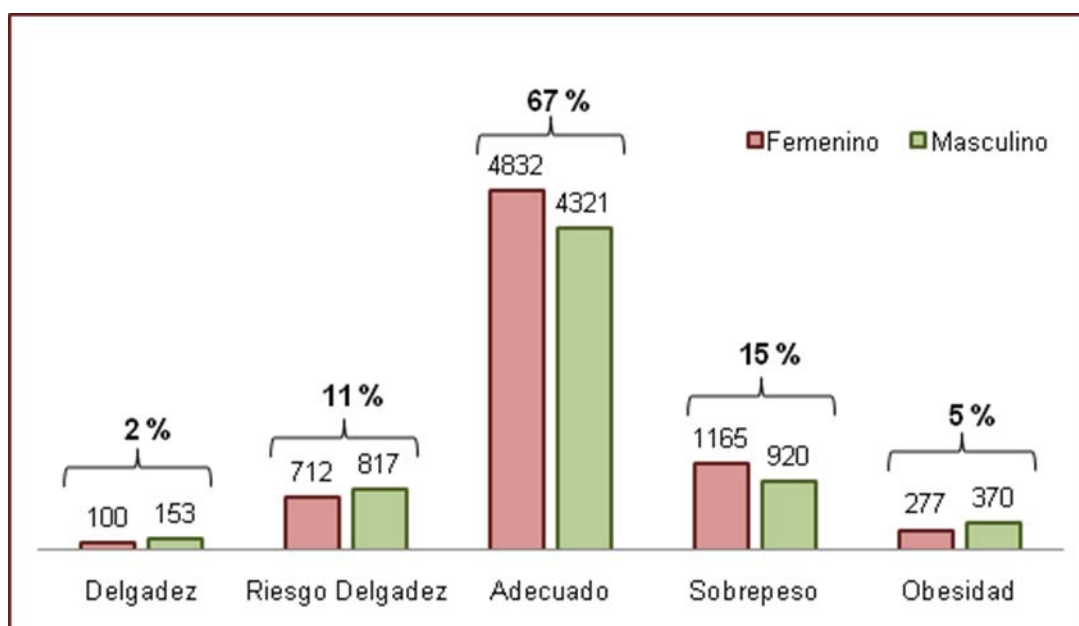


Gráfico 36

5.10.4.5 diagnóstico del estado nutricional por grupo de edad

Indicador talla/edad por grupo de edad

Como se puede observar en la gráfica, en todos los grupos de edad predomina una talla “adecuada” para la edad, seguido del “Riesgo de baja talla” y por ultimo “Retraso en talla”.

El grupo de edad entre 5,0 y 6 años y 11 meses es el que representa un mayor porcentaje de adecuación, del 100% por grupo de edad, se tiene que el 74% (929 registros) es adecuado, seguido a este el 22% (280 registros) con Riesgo de baja talla y por último el 4% (54 niños) con retraso en talla. El segundo grupo de 7 a 10 años y 11 meses presenta una distribución similar al anterior, siendo de 73%, 23% y 4% respectivamente. Seguido a éste se encuentra el grupo de 11,0 a 14 años y 11 meses con porcentajes de 66%, 26% y 7%.

El grupo que muestra menor adecuación y mayor predominancia de Riesgo de baja talla es el mayor de 15 años, donde el 63% (1921 niños) están adecuados, seguido de un 31% (944 niños) con riesgo de baja talla y un 6% (192 niños) de Retraso en talla.

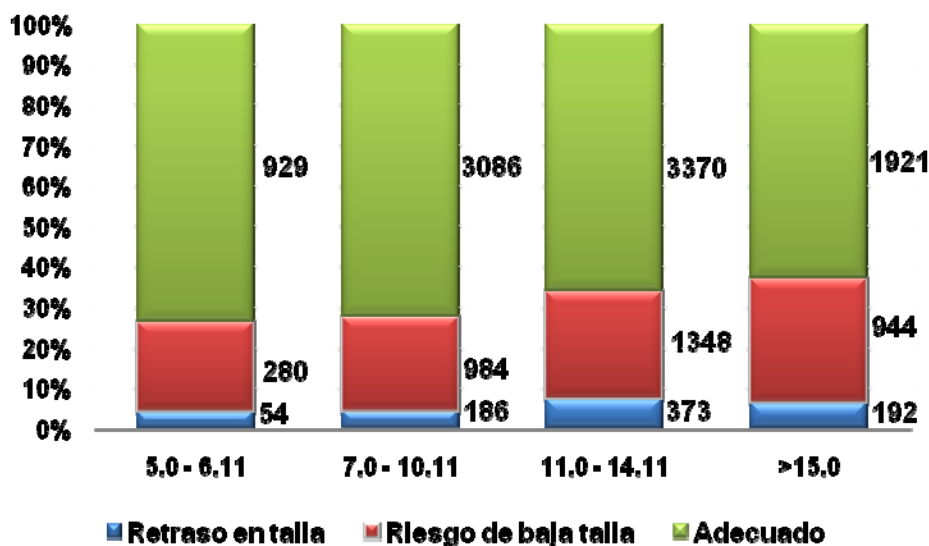


Gráfico 34

5.10.4.6 Indicador índice de masas corporal (IMC)/edad por grupo de edad

Como se puede observar en la gráfica, en todos los grupos de edad predomina una talla “adecuada” para el peso, seguido por el “Sobrepeso”, el “Riesgo de delgadez”, “Obesidad” y por último la “Delgadez”.

Los dos grupos extremos (5 – 6 años 11 y, meses y > 15 años) tienen el mayor número de estudiantes que se ubican dentro de la normalidad con un 71% cada

uno de ellos (891 y 2173 respectivamente) seguido a este se encuentra el grupo entre 11 y 14 años 11 y meses con un 66% (3353 niños) y por último el grupo entre 7 y 10 años y 11 meses con un 64% (2736 niños).

Los escolares menores de 10 años y 11 meses tienen el mayor registro de niños con exceso de peso para la estatura clasificándose con “Sobrepeso” y “Obesidad” y los mayores de 11 años se encuentran con bajo peso para estatura clasificándose con “Riesgo de Delgadez” y “Delgadez”.

5.10.4.7 Distribución por grupo de edad de los escolares evaluados de acuerdo al indicador IMC/edad

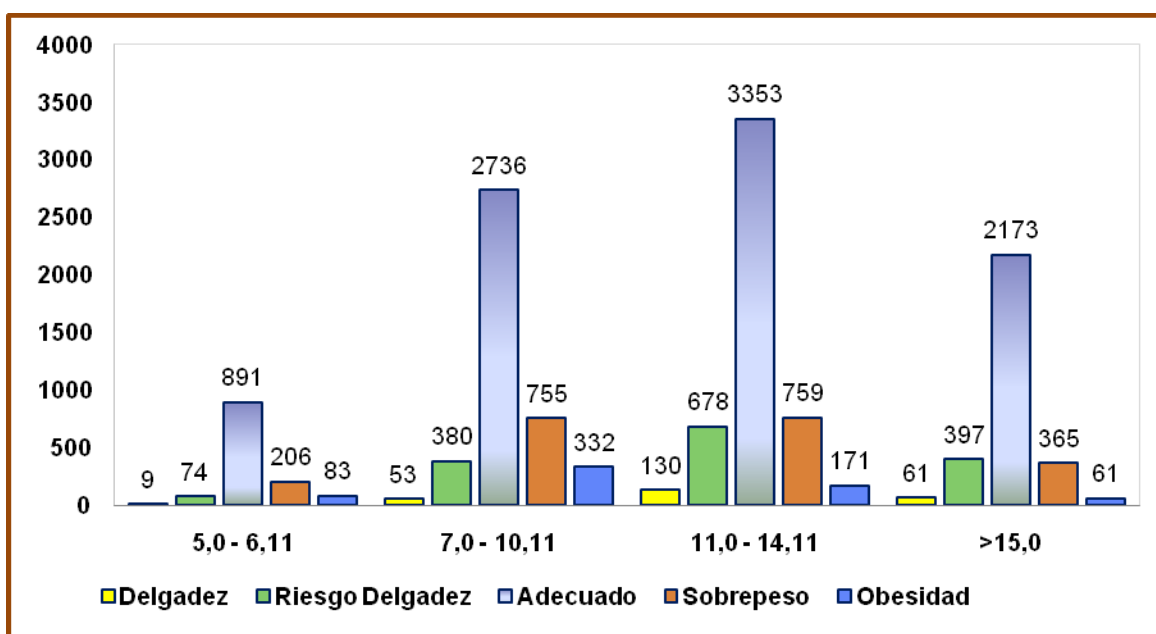


Gráfico 35

5.10.4.8 Diagnóstico del estado nutricional por grado de escolaridad

Indicador talla/edad por grado de escolaridad

Al clasificar el estado nutricional por grado de escolaridad, se encuentra que los niños de primaria son los que mayor adecuación tienen en cuanto a la estatura para la edad.

Los niños que pertenecen al grupo de trastornos auditivos, presentan el mayor rango de la adecuación con un 78%.

Seguido a éste grupo se encuentra el preescolar con un 74%, este grupo fue quien presentó el menor porcentaje de “Retraso en talla” con un 4% (32 niños), debido en parte a los programas de complementación alimentaria que se han diseñado para esta población por ser más vulnerables y presentar con mayor facilidad trastornos alimentarios o cualquier tipo de malnutrición.

Llama la atención encontrar que solo el 56% (45 registros) de los niños pertenecientes al grado de aceleración presentan adecuada talla para la edad, seguido de un 29% (23 registros) con “Riesgo de baja talla” y un 15% (12 registros) presentan retraso en talla.

En general, se puede ver que a medida que avanza el grado de escolaridad es común encontrar que la adecuación va disminuyendo y el riesgo de baja talla va aumentando.

5.10.4.9 Distribución porcentual del indicador talla/edad por grado de escolaridad

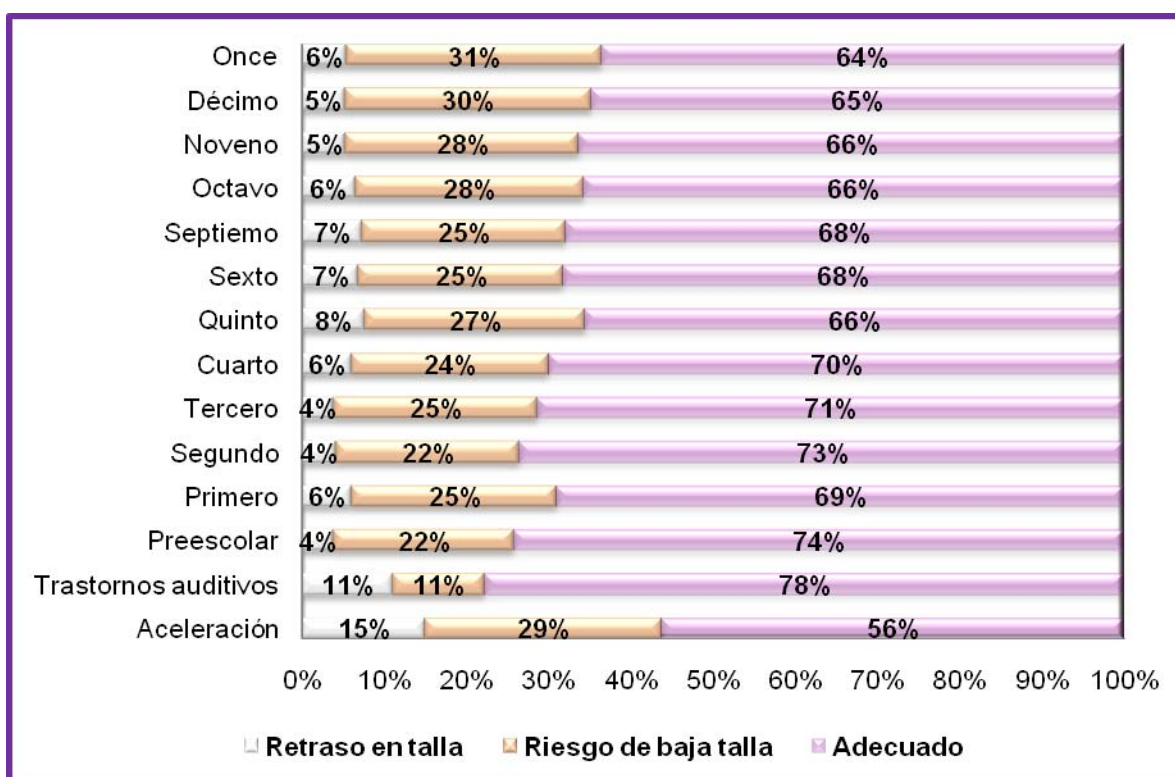


Gráfico 36

5.10.4.10 Indicador de índice de masas corporal (IMC) por grado de escolaridad

De forma general se puede observar que todos los grados excepto el grupo de “Trastornos Auditivos” y “Aceleración” presentan similar comportamiento en cuanto a las variables.

De los grados “Preescolar” a “Once” se puede observar que el “Riesgo de delgadez” va aumentando hasta que se inicia la secundaria, y a partir de este grado se tiene una estabilidad la cual se encuentra con un promedio de 12 – 13%.

Con la “Obesidad” y el “Sobrepeso” ocurre lo contrario ya que los primeros años de estudio se presenta mayor porcentaje y a partir del grado tercero y cuarto empieza a disminuir hasta llegar a un 2% y 13% respectivamente.

Sin lugar a dudas una talla adecuada para el peso sigue siendo quien representa su mayor porcentaje en todos los grados, encontrándose este rango entre 62% y 73%. En el grado de “Trastornos auditivos” se observa solo un 44% de adecuación.

Los niños que se encuentran en “Aceleración” se observan con un alto porcentaje de Riesgo de Delgadez estando representado en un 13% al igual que el “Sobrepeso”

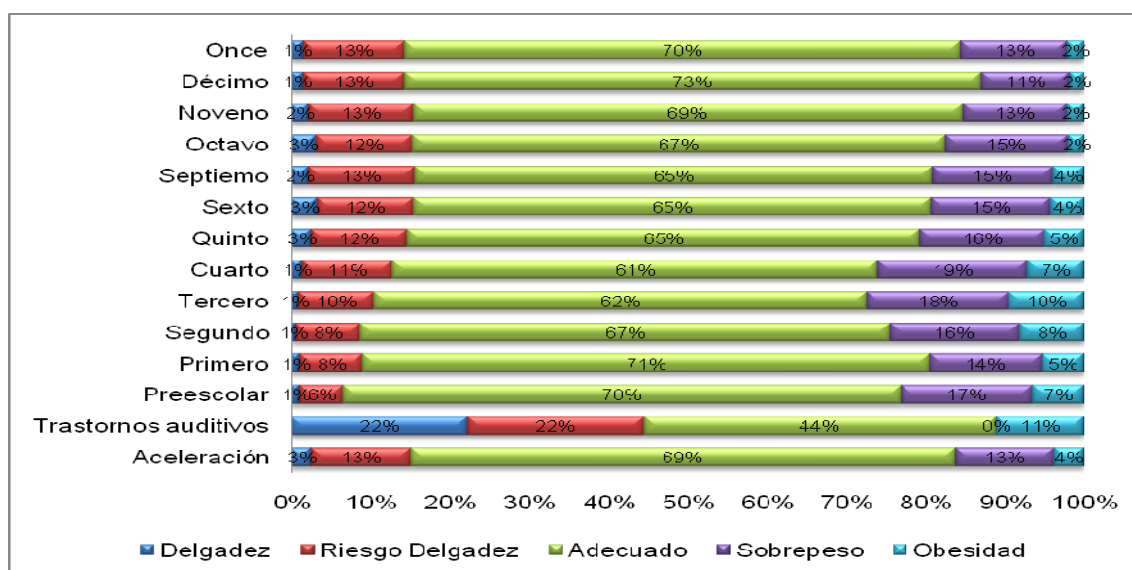


Gráfico 37 Índice de masa corporal IMC

5.10.5 Diagnóstico del estado nutricional por institución educativa indicador talla/edad por institución educativa

La mayoría de las instituciones educativas manejan los mismos porcentajes tanto para retraso en talla, riesgo de baja talla y adecuada talla para la edad; sin embargo se encuentran algunas instituciones marcadas las cuales requieren intervención nutricional para evitar mayor deterioro o por el contrario instituciones educativas que tienen sus estudiantes con un adecuado estado nutricional.

Las Instituciones con mayor deterioro nutricional o por lo menos que tiene mayor cantidad de niños con “Retraso en talla” y “Riesgo de baja talla” son 3, entre ellas tenemos Los Gómez con un 12% y 32%, Los Gómez sede Ajizal 11% y 34% y Jhon F Kennedy sede Hogar del Niño 10% y 32% respectivamente. A su vez estas instituciones son las que contienen la menor cantidad de niños con adecuación.

El colegio San José sede Primaria es uno de los que cuenta con menor riesgo de baja talla para la edad y por el contrario es quien tiene el mayor número de estudiantes ubicados dentro de la normalidad. Cuenta actualmente con el 2% con “Retraso en talla”, el 15% con “Riesgo de baja tala” y el 82% dentro del rango normal.

El colegio Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 2 es otro de los cuales cuenta con adecuada clasificación nutricional, teniendo en cuenta que tan solo el 3% tienen Retraso en talla, el 14% Riesgo de baja talla y el 77% dentro de la normalidad.

IINSTITUCION EDUCATIVA		TALLA/EDAD			TOTAL
		Retraso en talla	Riesgo de baja talla	Adecuado	
Antonio José de Sucre	n	19	97	318	434
	%	4%	22%	73%	100%
Avelino Saldarriaga	n	34	177	496	707
	%	5%	25%	70%	100%
Avelino Saldarriaga sede La Unión	n	7	41	111	159
	%	4%	26%	70%	100%
Avelino Saldarriaga sede Olivares	n	4	14	25	43
	%	9%	33%	58%	100%
Carlos Enrique Cortes	n	14	67	153	234
	%	6%	29%	65%	100%
Ciudad Itagüí	n	14	81	183	278
	%	5%	29%	66%	100%
Ciudad Itagüí María Bernal	n	9	50	122	181
	%	5%	28%	67%	100%
Ciudad Itagüí sede El Tablazo	n	10	52	166	228
	%	4%	23%	73%	100%
Concejo Municipal	n	47	218	563	828
	%	6%	26%	68%	100%
Concejo Municipal sede San Francisco	n	14	61	159	234
	%	6%	26%	68%	100%
Diego Echavarría Misas	n	54	250	692	996
	%	5%	25%	69%	100%
El Rosario	n	34	117	243	394

	%	9%	30%	62%	100%
Enrique Vélez Escobar	n	28	104	299	431
	%	6%	24%	69%	100%
Enrique Vélez Escobar sede Arnulfo Flores	n	12	54	141	207
	%	6%	26%	68%	100%
Enrique Vélez Escobar sede La Providencia	n	13	94	308	415
	%	3%	23%	74%	100%
Esteban Ochoa	n	18	91	150	259
	%	7%	35%	58%	100%
Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 1	n	6	55	140	201
	%	3%	27%	70%	100%
Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 2	n	7	11	61	79
	%	9%	14%	77%	100%
Felipe de Restrepo	n	26	129	298	453
	%	6%	28%	66%	100%
Felipe de Restrepo sede Gabriel Rodríguez	n	5	17	54	76
	%	7%	22%	71%	100%
Isolda Echavarría	n	15	87	253	355
	%	4%	25%	71%	100%
Jhon F Kennedy	n	26	154	325	505
	%	5%	30%	64%	100%
Jhon F Kennedy sede Hogar del Niño	n	7	22	40	69
	%	10%	32%	58%	100%
Juan Echeverry Abad	n	31	76	174	281
	%	11%	27%	62%	100%
Juan Nepomuceno Cadavid	n	35	138	396	569
	%	6%	24%	70%	100%
Loma Linda	n	12	90	306	408

	%	3%	22%	75%	100%
Los Gómez	n	31	84	145	260
	%	12%	32%	56%	100%
Los Gómez sede Ajizal	n	18	54	89	161
	%	11%	34%	55%	100%
Luis Carlos Galán	n	32	78	223	333
	%	10%	23%	67%	100%
Marceliana Saldarriaga	n	37	168	397	602
	%	6%	28%	66%	100%
María Jesús Mejía	n	17	101	199	317
	%	5%	32%	63%	100%
María Jesús Mejía Primaria	n	11	42	145	198
	%	6%	21%	73%	100%
María Josefa Escobar	n	14	53	138	205
	%	7%	26%	67%	100%
Orestes Sindicce	n	20	108	333	461
	%	4%	23%	72%	100%
Orestes Sindicce sede Porvenir	n	30	103	200	333
	%	9%	31%	60%	100%
Pedro Estrada	n	30	125	308	463
	%	6%	27%	67%	100%
San José	n	20	136	375	531
	%	4%	26%	71%	100%
San José sede Primaria	n	4	28	149	181
	%	2%	15%	82%	100%
Simón Bolívar	n	39	130	429	598
	%	7%	22%	72%	100%
TOTAL		804	3557	9306	13667

Tabla 34 Indicador imc/edad por institución educativa

Los datos reportados se muestran con grandes diferencias por Institución Educativa por lo que no sería posible agruparlos en reportes generales.

En cuanto a la “Delgadez” se encontró que 4 Instituciones no cuentan con niños clasificados en este rango, entre ellas están: Felipe de Restrepo sede Gabriel Rodríguez, Jhon F Kennedy sede Hogar del Niño, San José sede Primaria y Enrique Vélez Escobar sede Arnulfo Flores. Las dos primera instituciones se encuentran clasificadas al tiempo como las que presentan mayor número de niños clasificado dentro de la normalidad con un 76% y 78% respectivamente. Con las dos últimas instituciones se observa mayor inclinación hacia el sobrepeso con un 18% y 23% respectivamente, al igual que la obesidad con un 11% en total.

Instituciones como Los Gómez, Luis Carlos Galán, Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 2 y María Josefa Escobar presentan una distribución proporcional y adecuada, además la normalidad se encuentra por encima del 70% del total de los niños evaluados.

Distribución porcentual del indicador imc por institución educativa

IINSTITUCION EDUCATIVA		IMC/EDAD					TOTAL
		Delgadez	Riesgo Delgadez	Adecuado	Sobrepeso	Obesidad	
Antonio José de Sucre	N	5	41	271	89	28	434
	%	1%	9%	62%	21%	6%	100%
Avelino Saldarriaga	N	17	95	469	98	28	707
	%	2%	13%	66%	14%	4%	100%
Avelino Saldarriaga sede La Unión	N	2	24	114	13	6	159
	%	1%	15%	72%	8%	4%	100%
Avelino Saldarriaga sede Olivares	N	1	8	29	3	2	43
	%	2%	19%	67%	7%	5%	100%

Carlos Enrique Cortes	N	7	11	163	43	10	234
	%	3%	5%	70%	18%	4%	100%
Ciudad Itagüí	N	7	47	170	45	9	278
	%	3%	17%	61%	16%	3%	100%
Ciudad Itagüí María Bernal	N	3	14	116	35	13	181
	%	2%	8%	64%	19%	7%	100%
Ciudad Itagüí sede El Tablazo	N	3	22	157	34	12	228
	%	1%	10%	69%	15%	5%	100%
Concejo Municipal	N	23	104	574	106	21	828
	%	3%	13%	69%	13%	3%	100%
Concejo Municipal sede San Francisco	N	2	23	162	34	13	234
	%	1%	10%	69%	15%	6%	100%
Diego Echavarría Misas	n	21	102	690	137	46	996
	%	2%	10%	69%	14%	5%	100%
El Rosario	n	4	57	259	62	12	394
	%	1%	14%	66%	16%	3%	100%
Enrique Vélez Escobar	n	6	54	296	62	13	431
	%	1%	13%	69%	14%	3%	100%
Enrique Vélez Escobar sede Arnulfo Flores	n	1	26	121	37	22	207
	%	0%	13%	58%	18%	11%	100%
Enrique Vélez Escobar sede La Providencia	n	5	42	252	84	32	415
	%	1%	10%	61%	20%	8%	100%
Esteban Ochoa	n	8	31	178	32	10	259
	%	3%	12%	69%	12%	4%	100%
Esteban Ochoa sede Germán	n	6	20	137	29	9	201
	%	3%	10%	68%	14%	4%	100%

Restrepo 1							
Esteban Ochoa sede Germán Restrepo 2	n	2	6	59	10	2	79
	%	3%	8%	75%	13%	3%	100%
Felipe de Restrepo	n	8	48	283	91	23	453
	%	2%	11%	62%	20%	5%	100%
Felipe de Restrepo sede Gabriel Rodríguez	n	0	5	58	9	4	76
	%	0%	7%	76%	12%	5%	100%
Isolda Echavarría	n	7	41	221	57	29	355
	%	2%	12%	62%	16%	8%	100%
Jhon F Kennedy	n	10	55	341	70	29	505
	%	2%	11%	68%	14%	6%	100%
Jhon F Kennedy sede Hogar del Niño	n	0	7	54	6	2	69
	%	0%	10%	78%	9%	3%	100%
Juan Echeverry Abad	n	10	44	196	25	6	281
	%	4%	16%	70%	9%	2%	100%
Juan Nepomuceno Cadavid	n	14	55	389	81	30	569
	%	2%	10%	68%	14%	5%	100%
Loma Linda	n	7	45	259	69	28	408
	%	2%	11%	63%	17%	7%	100%
Los Gómez	n	6	31	193	23	7	260
	%	2%	12%	74%	9%	3%	100%
Los Gómez sede Ajizal	n	2	13	111	27	8	161
	%	1%	8%	69%	17%	5%	100%
Luis Carlos Galán	n	5	36	243	44	5	333
	%	2%	11%	73%	13%	2%	100%
Marceliana Saldarriaga	n	10	61	405	100	26	602
	%	2%	10%	67%	17%	4%	100%
María Jesús Mejía	n	9	40	209	51	8	317
	%	3%	13%	66%	16%	3%	100%
María Jesús	n	2	21	127	32	16	198

Mejía Primaria	%	1%	11%	64%	16%	8%	100%
María Josefa Escobar	n	3	21	152	19	10	205
	%	1%	10%	74%	9%	5%	100%
Orestes Sindicce	n	10	45	305	80	21	461
	%	2%	10%	66%	17%	5%	100%
Orestes Sindicce sede Porvenir	n	8	28	227	50	20	333
	%	2%	8%	68%	15%	6%	100%
Pedro Estrada	n	6	59	301	76	21	463
	%	1%	13%	65%	16%	5%	100%
San José	n	6	56	371	87	11	531
	%	1%	11%	70%	16%	2%	100%
San José sede Primaria	n	0	11	109	41	20	181
	%	0%	6%	60%	23%	11%	100%
Simón Bolívar	n	7	80	381	95	35	598
	%	1%	13%	64%	16%	6%	100%
TOTAL		253	1529	9152	2086	647	13667

Tabla 35

CONCLUSIONES

Aspectos demográficos:

- La distribución socioeconómica del Municipio de Itagüí se encuentra concentrada en la zona urbana y en el estrato 3.
- La mayor concentración de la población está en la comuna 4 que corresponde a la zona norte del Municipio, donde habitan 64.099 personas que representan el 64% de la población.
- El mayor número de habitantes del municipio está representado por el sexo femenino que representa el 51% de la población.
- La mayor parte de la población tenía entre 30 y 34 años para ambos sexos.
- La mayor parte de la población se encuentra soltera y representan el 46.8% del total.

Natalidad y fecundidad:

- Los nacimientos femeninos fueron los que tuvieron mayor incidencia con un 51% frente a los nacimientos masculinos que presentaron un 49%
- El comportamiento de los nacimientos en el municipio viene cayendo y se observa que esta tendencia se da por el retiro de algunas entidades prestadoras de servicios de salud que atienden partos y se retiraron del municipio.

- La mayoría de las madres que tuvieron a sus hijos en el municipio tienen su residencia dentro del municipio (el 58% de ellas) mientras que el 42% residen en otros municipios.
- Se presentaron 7 casos de menores que nacieron con muy bajo peso, representan el 0.7% del total de nacidos, además 96 de ellos nacieron con un peso inferior a los 2.500 gramos que están en el rango de bajo peso al nacer, se presentaron 145 casos de niños que nacieron con un peso superior a los 3.500 gramos.
- El nivel educativo de las madres que tuvieron hijos en el Municipio de Itagüí en el 2010 es bajo, teniendo en cuenta que el 55% solo tenía estudios primarios de los cuales el 29 por ciento era incompletos.
- El 71% de los partos fueron espontáneos y el 28% se presentaron por cesárea o instrumentados.
- Los meses que mas nacimientos presento son los meses de enero con un 16% seguido de diciembre, agosto y marzo con un 11%.
- El 51% de las mujeres que tuvieron hijos en el municipio tenía como máximo 24 años, el 70% tenía menos de 30 años siendo la menor edad de 12 años y la máxima de 49 años, esto refleja que la mayoría de las mujeres tenía una edad apropiada a la hora de ser madres.

Mortalidad:

- Se ha presentado un aumento en la mortalidad en el municipio en los últimos 5 años.
- La principal causa de muerte en el municipio fue por muerte violenta con un 25% de las defunciones registradas.
- El 60.5% de las muertes fue en el sexo masculino, mientras que el sexo femenino registro un 39.5%.

- Se presentaron 661 muertes en personas mayores de 65 años, que representan el 49% de las muertes registradas en el periodo, en primera infancia se presentaron 31 defunciones.
- Se presentaron 11 suicidios en el periodo.
- En su orden las causas fueron, homicidios o agresiones (25%), neoplasias y otros tipos de cáncer (18%), enfermedades isquémicas y del corazón (16%), enfermedades respiratorias (6%), enfermedades cerebro vasculares (4%), neumonías (3%), como las principales causas de defunción.

Morbilidad:

- Se registraron 23.622 consultas externas en la E S E hospital del sur, que atiende el 67% de las consultas medicas en el Municipio, la mayor causa de consulta externa fueron las enfermedades respiratorias con 3.421 casos que representan el 14%, seguida de vaginitis y vulvitis con 2.977 casos que representan el 13%
- Quienes más acudieron a consulta externa fueron las mujeres con el 62% de las consultas atendidas.
- En cuanto a la edad quienes más consultaron fueron personas en edades entre 1 año y 24 años con un 38%
- En urgencias se atendieron 16.784 ingresos, la principal causa de ingreso a urgencias fue por IRA con 4,809 pacientes atendidos (28.6%), seguido de cefaleas y migrañas con 1.978 ingresos (un 12%)
- Las mujeres fueron las que más acudieron al servicio de urgencias con un 54% de utilización del servicio.

- La principal causa de hospitalización se registro por atención de partos con 478 mujeres atendidas (41%) seguido de neumonías con 240 casos (21%).
- En odontología se atendieron 37.504 personas, siendo este el servicio más solicitado en los servicios que se presentan en salud.
- La principal causa de atención odontológica fue la gingivitis con un 33% seguida de atención por caries dental con un 29%

Situación Nutricional:

- De los 13.667 evaluados, se evaluaron el 52% de mujeres y el 48% hombres.
- El municipio presentó un 7.3% de desnutrición aguda (998 menores con desnutrición aguda), que si se analiza con los estándares internacionales la cifra esta elevada, pues se considera que a nivel internacional en países desarrollados se encuentra en un 1%.
- La desnutrición crónica presentó un 26.8%, que comparándola con los países desarrollados que en promedio presentan un 11%, la registrada en el municipio se consideraría alta.
- A nivel general el 48.8% de los menores del municipio presentan algún riesgo de desnutrición.
- El aumento del sobrepeso y la obesidad en todo el mundo es uno de los principales desafíos para la salud pública. Personas de todas las edades y condiciones se enfrentan a este tipo de malnutrición, a consecuencia de la cual están aumentando vertiginosamente, incluso en los países en desarrollo, las tasas de diabetes y de otras enfermedades relacionadas con el régimen alimentario. En los países en desarrollo hasta el 20% de los menores tienen sobrepeso, en el municipio se presentó un 15.2% de menores con sobrepeso.

- La extrema delgadez es otro indicador nutricional que se analizó para el municipio y se encuentra en el 2% de la población evaluada, generado por problemas de anorexia y bulimia.
- En el índice de masa corporal el 67% de los evaluados presenta un diagnóstico adecuado.
- El grupo de edad entre 5 y 6 años es el que mayor porcentaje de adecuación presenta en el análisis de índice de masa corporal.
- Los niños que pertenecen al grupo de trastornos auditivos presentan un mayor rango de adecuación con un 78%, seguido del grupo de preescolar con un 74%.

RECOMENDACIONES

- El presente diagnóstico constituye un esfuerzo inicial que ha permitido la identificación de diversos problemas en salud, que afectan el municipio de Itagüí Antioquia, muchos de los cuales ya se les puede aplicar una medida correctiva, como es el caso de un mejor registro en la información en salud, una mayor atención y control en los procesos de seguimiento a los documentos soportes de los registros de las diferentes bases de datos, como paisoff, siviigila, RIPS entre otros.
- Dado que luego del diagnóstico se tiene un mayor conocimiento de los que está bien o está mal en salud en el municipio, se puede llevar el análisis a una segunda fase que sería la aplicación de ajustes en el sistema que permitan mejorar los indicadores y disminuir el riesgo.
- El conocimiento previo e integral que brindan los conceptos analizados, en relación con aspectos relevantes que constituyen la problemática en estas áreas específicas de salud, exige un conocimiento mayor sobre los criterios y las bases legales que deben actuar para solucionar problemas específicos y trazar objetivos que permitan llegar a formular planes estratégicos por componente.
- El mejoramiento en los servicios de salud, solo será posible si quienes lo lleven a cabo conocen a profundidad el tema y permiten desarrollar estrategias para mejorar los procesos y obtener una información veraz y oportuna para la toma de decisiones.

ANEXOS

Anexo 1. Clasificación del indicador talla/edad de acuerdo al grado de escolaridad en el cual se encuentran los estudiantes evaluados en el municipio de Itagui.2010.

GRADO		TALLA/EDAD			TOTAL
		Retraso en talla	Riesgo de baja talla	Adecuado	
Aceleración	n	12	23	45	80
	%	15%	29%	56%	100%
Trastornos auditivos	n	1	1	7	9
	%	11%	11%	78%	100%
Preescolar	n	32	177	601	810
	%	4%	22%	74%	100%
Primero	n	61	247	684	992
	%	6%	25%	69%	100%
Segundo	n	44	236	775	1055
	%	4%	22%	73%	100%
Tercero	n	41	267	765	1073
	%	4%	25%	71%	100%
Cuarto	n	72	288	838	1198
	%	6%	24%	70%	100%
Quinto	n	95	331	811	1237
	%	8%	27%	66%	100%
Sexto	n	95	345	944	1384
	%	7%	25%	68%	100%

Séptimo	n	95	321	882	1298
	%	7%	25%	68%	100%
Octavo	n	83	356	842	1281
	%	6%	28%	66%	100%
Noveno	n	64	341	796	1201
	%	5%	28%	66%	100%
Décimo	n	58	332	718	1108
	%	5%	30%	65%	100%
Once	n	52	291	598	941
	%	6%	31%	64%	100%
TOTAL		805	3556	9306	13667

Clasificación del indicador Índice de Masas Corporal IMC/edad de acuerdo al grado de escolaridad en el cual se encuentran los estudiantes evaluados en el municipio de Itagui.2010.

GRADO		IMC					TOTAL
		Delgadez	Riesgo Delgadez	Adecuado	Sobrepeso	Obesidad	
Aceleración	n	2	10	55	10	3	80
	%	3%	13%	69%	13%	4%	100%
Trastornos auditivos	n	2	2	4	0	1	9
	%	22%	22%	44%	0%	11%	100%
Preescolar	n	8	45	570	134	53	810
	%	1%	6%	70%	17%	7%	100%
Primero	n	11	79	708	141	53	992

	%	1%	8%	71%	14%	5%	100%
Segundo	n	6	86	704	173	86	1055
	%	1%	8%	67%	16%	8%	100%
Tercero	n	10	102	667	192	102	1073
	%	1%	10%	62%	18%	10%	100%
Cuarto	n	16	137	733	226	86	1198
	%	1%	11%	61%	19%	7%	100%
Quinto	n	31	150	799	195	62	1237
	%	3%	12%	65%	16%	5%	100%
Sexto	n	44	169	903	210	58	1384
	%	3%	12%	65%	15%	4%	100%
Séptimo	n	28	173	848	199	50	1298
	%	2%	13%	65%	15%	4%	100%
Octavo	n	39	156	862	197	27	1281
	%	3%	12%	67%	15%	2%	100%
Noveno	n	26	158	833	158	26	1201
	%	2%	13%	69%	13%	2%	100%
Décimo	n	16	142	806	124	20	1108
	%	1%	13%	73%	11%	2%	100%
Once	n	14	120	661	126	20	941
	%	1%	13%	70%	13%	2%	100%
TOTAL		253	1529	9153	2085	647	13667

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Historia de Itagüí. (Sitio en internet) disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Itagui> consultado el 11 de marzo de 2011.
2. Universidad de Antioquia. Información de Salud base para la acción. Situación de Salud Municipio de Itagüí. Itagüí, 2006-2007. 47 paginas

Universidad de Antioquia. Información de Salud base para la acción. Situación de Salud Municipio de Itagüí. Itagüí, 2006-2007. Páginas de la 19 a la 84.
3. Mina G. Un encuentro con Fidel. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado, 1987:280.
4. Declaración Alma Ata (Sitio en internet) disponible en <http://www.inclusion-ia.org/espa%F1ol/Norm/AlmaAta-02-1.pdf> consultado el 11 de marzo de 2011.
5. Resolución 968 de 2002 (sitio en internet) disponible en http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2002/44880/r_ms_0968_2002.html. Consultado en marzo 11 de 201.
6. Información de salud base para la acción. (sitio en internet) guajiros.udea.edu.co/itagui/documentos/Propuesta_Itagui.pdf consulta 11 de marzo de 2011.
7. Censo DANE (sitio en internet) disponible en <http://www.dane.gov.co/censo/>. Consultado en marzo 11 de 2011

8. Indicadores demográficos (Sitio en internet) disponible en <http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics>. consultado en abril 14 de 2011.
9. Natalidad (Sitio en internet) disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/materia/9-fecundidad.html>. consultado abril 13 de 2011
10. Fecundidad (Sitio en internet) disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/cursos/materia/9-fecundidad.html>. consultado abril 13 de 2011.
11. Fecundidad (Sitio en internet) disponible en <http://es.scribd.com/doc/47998955/La-demografia> consultado abril 13 de 2011.
12. Peso al nacer (Sitio en internet) disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Peso_al_nacer consultado abril 13 de 2011.
13. Base de datos nacidos vivos Itagüí 2010.
14. Fecundidad (Sitio en internet) disponible en es.wikipedia.org/wiki/Parto consultado abril 13 de 2011.
15. Sobre peso al nacer (Sitio en internet) disponible en blognutricion.com/.../sobrepeso-o-bajo-peso-al-nacer-disminuyen-la-esperanza-de-vida/ consultado abril 13 de 2011.
16. Mortalidad (Sitio en internet) disponible en <http://definicion.de/tasa-de-mortalidad/> consultado abril 13 de 2011.

17. Tipos de mortalidad (Sitio en internet) disponible en www.eumed.net
› Libros consultado abril 13 de 2011.
18. Base de datos defunciones Itagüí 2010.
19. Morbilidad (Sitio en internet) disponible en www.scribd.com/doc/.../ consultado abril 17 de 2011.
20. WHOANTHROPLUS (Sitio en internet) disponible en www.seguridadysoberaniaalimentaria.org/.../Plan%20de%20seguridad%20alimentaria%20del%20Departamento%20de. abril 17 de 2011.
21. Desnutrición aguda (Sitio en internet) disponible en <ftp://ftp.fao.org/TC/TCA/ESP/PESA/conceptosSAN.pdf> abril 17 de 2011.
22. Desnutrición crónica (Sitio en internet) disponible en <ftp://ftp.fao.org/TC/TCA/ESP/PESA/conceptosSAN.pdf> abril 17 de 2011.
23. Sobre peso (Sitio en internet) disponible en es.wikipedia.org/wiki/Sobrepeso - abril 17 de 2011.
24. Extrema delgadez (Sitio en internet) disponible en www.wordreference.com/definicion/delgadez abril 17 de 2011