

**ANALISIS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD Y SUS FACTORES  
RELACIONADOS, MOCOA ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005**

**ADRIANA LUCIA MEDICIS  
ALEXANDRA BEATRIZ MORA CARVAJAL  
ANGELICA MARIA BERNAL GUERRERO  
LENY MARGOTH LOPEZ ROMO**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA  
NEIVA- HUILA  
2008**

**ANALISIS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD Y SUS FACTORES  
RELACIONADOS, MOCOA ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005**

**ADRIANA LUCIA MEDICIS  
ALEXANDRA BEATRIZ MORA CARVAJAL  
ANGELICA MARIA BERNAL GUERRERO  
LENY MARGOTH LOPEZ ROMO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Epidemiología.**

**Asesora**

**DOLLY CASTRO BETANCOURTH  
Coordinadora Postgrado Epidemiología**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA  
NEIVA- HUILA  
2008**

**Nota de aceptación**

-----  
-----  
-----  
-----

-----  
**Firma presidente del jurado**

-----  
**Firma del jurado**

-----  
**Firma del jurado**

**Neiva, abril de 2008**

## DEDICATORIA

*A Dios  
por darme la vida y las oportunidades para  
Lograr cada vez metas más grandes.*

*Con gratitud y cariño a Efraín y Beatriz  
por brindarme su apoyo ilimitado e incondicional  
a lo largo de mi vida.*

*A Álvaro mi hermano y amigo  
con quien he vivido las grandezas de la vida como familia  
y a quien deseo ver feliz y realizado.*

*A mis compañeras por compartir conmigo  
y brindarme su amistad y apoyo incondicional.*

### **Angélica Maria**

*A Dios  
por su amor incondicional  
por guiarme en todo momento  
abriendo caminos para mi bien  
y estar siempre conmigo.*

*A mis padres, hermano y hermanas,  
por brindarme su apoyo y amor  
en todo momento, y  
a quienes agradezco lo que soy.*

*A mi bebé,  
por ser una fuente de inspiración  
colmada de ternura y cariño.*

*A Gustavo, mi esposo y amigo  
por su confianza, amor  
preocupación y consuelo.*

*Gracias, los amo.*

**Alexandra Beatriz**

*A Dios, a quien agradezco todo lo que soy y lo que tengo.*

*A mi madre Cecilia, a mi abuelita Noemí, a mis hermanos Ángela y Gustavo,  
a ellos, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por guiarme en todo  
momento y estar siempre conmigo, para poder culminar otra etapa de mi vida.*

*A mi novio Luis Fernando, por su amor y compañía.*

*A toda mi familia, el agradecimiento más profundo y sentido por darme todo su  
cariño, su optimismo y su comprensión.*

*A Alexandra, Angélica y Leny, Por brindarme su amistad.*

**Adriana Lucia**

*A Dios,  
por haberme dado la fortaleza  
necesaria para continuar mi trayectoria  
cada día de mi vida.*

*A mi esposo Byron y mi hijo Santiago  
por su comprensión, apoyo y sacrificio  
para poder cumplir otra meta en mi vida.*

*A mi madre Ermila y a mis hermanas  
Claudia y Lorena por el apoyo incondicional  
y estar siempre conmigo en todo momento.*

*A toda mi familia  
que de una u otra manera  
me ayudaron a cumplir  
un sueño más.*

**Leny Margoth**

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Al finalizar un trabajo tan arduo como el desarrollo de una tesis, es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que hemos hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término.

Por ello, es para nosotros un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles nuestros agradecimientos.

Debemos agradecer de manera especial y sincera a la Doctora Dolly Castro por aceptarnos para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en la formación como investigadoras. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación, han sido la clave para el buen trabajo que hemos realizado, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Le agradecemos también el habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias Profesora y esperamos verla pronto en Mocoa.

Queremos expresar también los más sinceros agradecimientos al Departamento Administrativo de Salud del Putumayo, Selvasalud S.A. EPS ARS y Hospital José María Hernández. Por sus siempre atentas y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes y necesidades surgidas durante el desarrollo de este trabajo, lo cual se ha visto también reflejado en los buenos resultados obtenidos. Para nuestros compañeros de grupo, tenemos solamente palabras de agradecimiento, especialmente por aquellos momentos en los que pudimos ser inferiores a sus expectativas: ha sido un camino largo y duro en el que, algunas veces, la fijación por lograr los objetivos nos hace olvidar la importancia del contacto humano.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para nuestra familia. Sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo estas duras jornadas, A nuestros padres, por su ejemplo de lucha y honestidad...por ellos y para ellos!

## CONTENIDO

	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN	22
1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	24
2. JUSTIFICACIÓN	28
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GENERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	30
4. MARCO TEORICO	32
4.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD	36
4.2 ASPECTOS GENERALES SOBRE MORTALIDAD EN EL PUTUMAYO	40
5. MARCO CONTEXTUAL	53
5.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MOCOA	53
6. DISEÑO METODOLOGICO	69
6.1 TIPO DE ESTUDIO	69
6.2 LUGAR	69

	<b>pág.</b>
6.3 POBLACION A ESTUDIO	70
6.4 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	70
6.5 INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION	71
6.6 PRUEBA PILOTO	72
6.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACION	73
6.8 TRATAMIENTO ESTADISTICO	73
6.9 FUENTES DE INFORMACION	74
6.10 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	74
6.11 PRINCIPIOS ETICOS APLICADOS AL ESTUDIO	74
6.11.1 Divulgación selectiva de la información	74
6.11.2 Procurar el máximo beneficio	74
6.11.3 Publicación de los resultados del estudio	75
6.11.4 Confidencialidad	75
7. ANALISIS DE RESULTADOS	76
7.1 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA MORTALIDAD EN MOCOA - PUTUMAYO AÑO 2005	77
7.1.1 Distribución de la mortalidad según el genero Mocoa – Putumayo año 2005	78



	<b>pág.</b>	
7.1.2	Distribución de la mortalidad según grupos de edad Mocoa -Putumayo año 2005	79
7.1.3	Distribución de la mortalidad según zona de residencia Mocoa - Putumayo año 2005	80
7.1.4	Distribución de la Mortalidad según el nivel educativo Mocoa - Putumayo año 2005	81
7.1.5	Distribución de la mortalidad según régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud Mocoa - Putumayo año 2005	82
7.1.6	Distribución de la mortalidad según estado civil, Mocoa - Putumayo año 2005	83
7.1.7	Grupo de causas de mortalidad lista 666/OPS en Mocoa - Putumayo año 2005	84
7.1.7.1	Grupo de causas de Mortalidad lista 666/OPS según el genero Mocoa - Putumayo año 2005	85
7.1.7.2	Mortalidad por grupos de causa lista 666/OPS según grupo de edad Mocoa - Putumayo año 2005	89
7.1.7.3	Mortalidad por grupos de causa lista 666/OPS según zona de residencia Mocoa - Putumayo año 2005	95
7.1.7.4	Mortalidad por grupo de causa lista 666/OPS según el nivel de escolaridad Mocoa - Putumayo año 2005	98
7.1.7.5	Mortalidad por grupos de causa lista 666/OPS según régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud Mocoa - Putumayo año 2005	103
7.1.7.6	Mortalidad por grupo de causa lista 666/OPS según estado civil Mocoa - Putumayo año 2005	108

	<b>pág.</b>
7.1.8 Mortalidad por causa según grupo de lista 666/OPS Mocoa - Putumayo año 2005	112
7.2 TASA DE MORTALIDAD MOCOA - PUTUMAYO AÑO 2005	119
7.3 DILIGENCIAMIENTO DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION	121
8. DISCUSION	122
9. CONCLUSIONES	129
10. RECOMENDACIONES	132
BIBLIOGRAFIA	141
ANEXOS	143

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>pág.</b>
<b>Grafica 1.</b> PIRAMIDE POBLACIONAL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO 2005	42
<b>Grafica 2.</b> TASA DE MORTALIDAD GENERAL PUTUMAYO 2003	44
<b>Grafica 3.</b> TASA DE MORTALIDAD MATERNA PUTUMAYO 2003	50
<b>Grafica 4.</b> MAPA DEL MUNICIPIO DE MOCOA –PUTUMAYO	53
<b>Grafica 5.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GENERO MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	79
<b>Grafica 6.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE EDAD MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	80
<b>Grafica 7.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	81
<b>Grafica 8.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN NIVEL EDUCATIVO MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	82
<b>Grafica 9.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	83
<b>Grafica 10.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN ESTADO CIVIL MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	84
<b>Grafica 11.</b> DISTRIBUCION DEL GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	85

	<b>pág.</b>
<b>Grafica 12.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN EL GENERO MASCULINO SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	86
<b>Grafica 13.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN EL GENERO FEMENINO SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	87
<b>Grafica 14.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD PARA LOS MENORES DE 1 AÑO SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	90
<b>Grafica 15.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD PARA LOS DE 15 - 44 AÑOS SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	91
<b>Grafica 16.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD 45 -64 AÑOS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	92
<b>Grafica 17.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD 65 Y MAS AÑOS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	93
<b>Grafica 18.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD PARA LA ZONA URBANA SEGÚN GENERO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	96
<b>Grafica 19.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD PARA LA ZONA RURAL SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	97
<b>Grafica 20.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NINGUNO MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	98

	<b>pág.</b>
<b>Grafica 21.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN EL GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	99
<b>Grafica 22.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	100
<b>Grafica 23.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE CAUSA LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	101
<b>Grafica 24.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN EL REGIMEN SUBSIDIADO, SEGÚN GRUPOS DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	104
<b>Grafica 25.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	105
<b>Grafica 26.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN VINCULADOS SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	106
<b>Grafica 27.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN CASADOS SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	108
<b>Grafica 28.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN EL ESTADO CIVIL UNION LIBRE, SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	109
<b>Grafica 29.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN EL ESTADO CIVIL SOLTERO SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	110

	<b>pág.</b>
<b>Grafica 30.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD EN EL ESTADO CIVIL: VIUDO SEGÚN GRUPO DE CAUSA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	111
<b>Grafica 31.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE CAUSA EXTERNA LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	113
<b>Grafica 32.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	114
<b>Grafica 33.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE NEOPLASIAS. LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	115
<b>Grafica 34.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE TODAS LAS DEMAS CAUSAS. LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	116
<b>Grafica 35.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	117
<b>Grafica 36.</b> DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	118

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> TASAS DE MORTALIDAD GENERAL POR MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003	44
<b>Tabla 2.</b> TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO Y MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003	46
<b>Tabla 3.</b> TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE CAUSA Y MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003	47
<b>Tabla 4.</b> TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA Y MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003	48
<b>Tabla 5.</b> TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003	49
<b>Tabla 6.</b> DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE MUERTES MATERNAS SEGÚN SITIO DE PROCEDENCIA PUTUMAYO 1998-2003	51
<b>Tabla 7.</b> CABILDOS INDIGENAS DE MOCOA	58
<b>Tabla 8.</b> ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA. INFRAESTRUCTURA BASICA INSTITUCIONAL	64
<b>Tabla 9.</b> INSTITUCIONES DE REFERENCIA DEL MUNICIPIO DE MOCOA	65
<b>Tabla 10.</b> TABLA DE CERTIFICADOS DE FUNCION REGISTRADOS EN MOCOA - PUTUMAYO AÑO 2005	76
<b>Tabla 11.</b> DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA MORTALIDAD SEGÚN GENERO, GRUPOS DE EDAD, ZONA DE RESIDENCIA, NIVEL EDUCATIVO Y REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD MOCOA - PUTUMAYO AÑO 2005	77

	<b>pág.</b>
<b>Tabla 12.</b> CUADRO COMPARATIVO POR GENERO SEGÚN CAUSAS DE MORTALIDAD LISTA 666/OPS MOCO A PUTUMAYO AÑO 2005	89
<b>Tabla 13.</b> CUADRO COMPARATIVO GRUPOS DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN EL GRUPO DE EDAD LISTA 666/OPS MOCO A PUTUMAYO AÑO 2005	93
<b>Tabla 14.</b> CUADRO COMPARATIVO GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN EL GRUPO DE RESIDENCIA LISTA 666/OPS MOCO A PUTUMAYO AÑO 2005	97
<b>Tabla 15.</b> COMPARACION GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD LISTA 666/OPS MOCO A PUTUMAYO AÑO 2005	103
<b>Tabla 16.</b> COMPARATIVA GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN REGIMEN DE AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD LISTA 666/OPS MOCO A PUTUMAYO AÑO 2005	107
<b>Tabla 17.</b> POBLACION MOCO A PUTUMAYO AÑO 2005 SEGÚN CENSO DANE 1993	119
<b>Tabla 18.</b> TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE CAUSA MOCO A PUTUMAYO AÑO 2005	120



## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
<b>Anexo A.</b> OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	144
<b>Anexo B.</b> CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	148
<b>Anexo C.</b> PRESUPUESTO	149
<b>Anexo D.</b> PAGINAS BASE DE DATOS EPI INFO	151
<b>Anexo E.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	154
<b>Anexo F.</b> MORTALIDAD EN HOMBRES	155
<b>Anexo G.</b> MORTALIDAD EN MUJERES	155
<b>Anexo H.</b> MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO	156
<b>Anexo I.</b> MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 15 - 44 AÑOS	156
<b>Anexo J.</b> MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 44 - 64 AÑOS	157
<b>Anexo K.</b> MORTALIDAD EN EL GRUPO DE 65 Y MAS AÑOS	157
<b>Anexo L.</b> MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS EN ZONA URBANA	158
<b>Anexo M.</b> MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS EN ZONA RURAL	158
<b>Anexo N.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADOS EN PERSONAS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD	159

	<b>pág.</b>
<b>Anexo Ñ.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADA EN PERSONAS CON PRIMARIA COMPLETA	159
<b>Anexo O.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADA EN PERSONAS CON PRIMARIA INCOMPLETA	160
<b>Anexo P.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADA EN PERSONAS CON SECUNDARIA COMPLETA	160
<b>Anexo Q.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADOS EN REGIMEN SUBSIDIADO	161
<b>Anexo R.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADOS EN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO	161
<b>Anexo S.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN NO AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (VINCULADOS)	162
<b>Anexo T.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL: CASADO	162
<b>Anexo U.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL: UNION LIBRE	163
<b>Anexo V.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL: SOLTERO	163
<b>Anexo W.</b> GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL: VIUDO	164

	<b>pág.</b>
<b>Anexo X.</b> CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	165
<b>Anexo Y.</b> CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL GRUPO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	166
<b>Anexo Z.</b> CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL GRUPO DE NEOPLASIAS LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	167
<b>Anexo A1.</b> CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO DE TODAS LAS DEMAS CAUSAS LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	168
<b>Anexo B1.</b> CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO DE OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	169
<b>Anexo C1.</b> CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	170
<b>Anexo D1.</b> MORTALIDAD TODAS LAS CAUSAS LISTA 666/OPS MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	170
<b>Anexo E1.</b> CUADRO COMPARATIVO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGUN GENERO MUNICIPIO DE MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	172
<b>Anexo F1.</b> CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE MOCOA PUTUMAYO AÑO 2005	175
<b>Anexo G1.</b> CERTIFICADO DE DEFUNCION	

## RESUMEN

Este estudio es esencialmente descriptivo, muestra un ejemplo sumamente ilustrativo de como a partir de la utilización de dos fuentes tradicionales de información: los censos de población y las estadísticas vitales (Certificado de Defunción), es posible extraer y aprovechar la riqueza que encierran. Se busca describir las causas de mortalidad y sus factores relacionados, de la población del municipio de Mocoa, durante el año 2005; además mostrar el comportamiento de la mortalidad en Mocoa por los diferentes grupos de causas directas, la frecuencia de su ocurrencia, y la relación entre las variables de persona y lugar.

El documento se ha organizado en diez partes, así: en la primera, se presenta los antecedentes de investigación; en la segunda la justificación; en la tercera los objetivos; en la cuarta marco teórico; en la quinta el marco contextual; en la sexta el diseño metodológico; en la séptima el análisis de resultados; en la octava la discusión de resultados; en la novena parte las conclusiones y en la décima parte se recopilan los hallazgos más relevantes y se hacen algunas recomendaciones tendientes a estimular nuevos estudios basados en la mortalidad, en los que sea posible ahondar en el análisis de las mismas mediante la utilización de métodos estadísticos y epidemiológicos más avanzados.

El presente estudio permitió conocer que en el año 2005 se registraron 108 defunciones en habitantes residentes en el Municipio de Mocoa. Los grupos de causas más frecuentes para el mismo periodo fueron las siguientes en orden descendente: Causas externas (30.56%), Enfermedades del Sistema Circulatorio (22,22%), Neoplasias (Tumores) (17.59%), Todas las demás causas (11.11%), Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8.33%), Enfermedades Transmisibles (7.41%), síntomas, signos y afecciones mal definidas (1.85%).

De acuerdo con lo anterior el grupo de causas de mortalidad más frecuente en el municipio de Mocoa fue el de Causas Externas, tanto para el año 2003 como para el 2005, aunque la proporción fue mayor en el 2003; es importante precisar que el estudio de mortalidad 2003, realizado por DASALUD Putumayo no especifica si la descripción de la mortalidad se hizo con base en la variable "Zona de Residencia" o si se tomó como criterio de inclusión todas las muertes registradas en el Municipio de Mocoa. El presente estudio, precisa la descripción en términos de la variable Zona habitual de Residencia el Municipio de Mocoa.

**PALABRAS CLAVES:** Certificado de Defunción, Mortalidad General, estudio descriptivo.

## ABSTRACT

This study is essentially descriptive, it shows an extremely illustrative example of like starting from the use of two traditional sources of information: population's censuses and the vital statistics (Certificate of Death), it is possible to extract and the wealth that you/they contain to take advantage. It is looked for to describe the causes of mortality and their related factors, of the population of the municipality of Mocoa, during the year 2005; also to show the behavior of the mortality in Mocoa for the different groups of direct causes, the frequency of their occurrence, and the relationship between person's variables and place.

The document has been organized in ten parts, this way: in the first one, it is presented the investigation antecedents; in second o'clock the justification; in third o'clock the objectives; in the fourth theoretical mark; in the fifth the contextual mark; in the sixth the methodological design; in the seventh the analysis of results; in the octave the discussion of results; and in the ninth part the conclusions and in tenth o'clock he/she leaves they gather the most outstanding discoveries and some recommendations tendientes are made to stimulate new studies based on the mortality, in those that it is possible to deepen in the analysis of the same ones by means of the use of more advanced statistical and epidemic methods.

The present study allowed to know that in the year 2005 registered 108 deaths in inhabitants residents in the Municipality of Mocoa. The groups of more frequent causes for the same period were the following ones in descending order: You cause external (30.56%), Illnesses of the Circulatory System (22,22%), Neoplasias (Tumors) (17.59%), All the other causes (11.11%), Certain affections originated in the perinatal period (8.33%), Transferable Illnesses (7. 41%), symptoms, signs and not well defined affections (1.85%).

In accordance with the above-mentioned the group of causes of more frequent mortality in the municipality of Mocoa was that of External Causes, so much for the year 2003 like for the 2005, although the proportion was bigger in the 2003; it is important to specify that the study of mortality 2003, carried out by DASALUD Putumayo don't specify if the description of the mortality was made with base in the variable "Area of Residence" or if he/she took as inclusion approach all the deaths registered in the Municipality of Mocoa. The present study, precise the description in terms of the variable habitual Area of Residence the Municipality of Mocoa.

**PASSWORDS:** Certificate of Death, Mortality descriptive General, Estudio.

## INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la epidemiología la asociación entre las condiciones de vida, enfermedad y mortalidad ha sido objeto de investigación que conlleva a definir políticas de salud pública y a organizar servicios de salud que redujeran desigualdades en las expectativas de vida, la mortalidad y los niveles de morbilidad.

Es claro que para el análisis de la situación de salud, se requiere un abordaje no sólo de los indicadores de mortalidad y morbilidad, sino de otros indicadores, mediante los cuales sea posible ver el grado de influencia positiva o negativa en la determinación del proceso salud – enfermedad, tales como: grado de escolaridad, vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estado civil, área de residencia, etc., constituyéndose así en la base para la formulación de políticas sociales, de salud, para priorizar aspectos en los que es necesario invertir, decidir la organización más adecuada de los servicios, las características de los programas que deben formularse, los problemas que merecen intervención con enfoque de promoción y prevención, etc.

Este estudio es esencialmente descriptivo, muestra un ejemplo sumamente ilustrativo de como a partir de la utilización de dos fuentes tradicionales de información: los censos de población y las estadísticas vitales (Certificado de Defunción), es posible extraer y aprovechar las riquezas que encierran. Se busca describir las causas de mortalidad y sus factores relacionados, de la población del municipio de Mocoa, durante el año 2005; además mostrar el comportamiento de la mortalidad en Mocoa por los diferentes grupos de causas directas, la frecuencia de su ocurrencia, y la relación entre las variables de persona y lugar.

El documento se ha organizado en diez partes, así: en la primera, se presenta los antecedentes de investigación; en la segunda la justificación; en la tercera los objetivos; en la cuarta marco teórico; en la quinta el marco contextual; en la sexta el diseño metodológico; en la séptima el análisis de resultados; en la octava la discusión de resultados; en la novena parte las conclusiones y en la décima parte se recopilan los hallazgos más relevantes y se hacen algunas recomendaciones tendientes a estimular nuevos estudios basados en la mortalidad, en los que sea posible ahondar en el análisis de las mismas mediante la utilización de métodos estadísticos y epidemiológicos más avanzados.

## 1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

El estudio de la mortalidad sigue siendo aun en países altamente desarrollados, una fase importante de la caracterización del estado de salud de la población, es un tema inagotable puesto que siendo un hecho de diaria ocurrencia, sus cambios y transformaciones exigen las modificaciones de las políticas y programas de salud.

En Colombia en los últimos años se han hecho grandes esfuerzos para estudiar la mortalidad a través de preguntas retrospectivas incluidas en censos, encuestas y con los registros de defunción (Instrumento legal y estadístico recopilado y procesado por el DANE) que no cubre a toda la población del país, en parte porque se tiene dificultades para llegar a las zonas rurales de algunas regiones.

A nivel departamental se desarrolló un estudio sobre el comportamiento de la mortalidad de 1998 a 2003 a partir de la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica, con el propósito de comparar la ocurrencia de la mortalidad según grupos de causas, zona de procedencia, sexo y grupos de edad, la información analizada corresponde al reporte oficial generado por cada una de las IPS públicas y privadas del departamento y en el caso de las muertes violentas adicionalmente las informadas por el Instituto de Medicina Legal con sede en Mocoa capital del departamento de Putumayo.

Este estudio nos permite apreciar que el incremento en la mortalidad general esta condicionado en alguna medida por el incremento en las muertes de carácter violento y concretamente los Homicidios, como lo observado en los años 1995 y 2002, cuando tanto las tasas de mortalidad general como las de homicidios corresponden a las mas altas durante el periodo.



Durante el año 2003 se reportaron a través de las diferentes IPS públicas 1.145 defunciones ocurridas entre la población que habita en los 13 municipios del departamento de Putumayo, ostentando la tasa de mortalidad mas alta los municipios de Colon y Puerto Asís.

A nivel departamental los hombres mueren mas que las mujeres con diferencias estadísticamente significativas, ( $p < 0.0005$ ), existen sin embargo municipios donde la mortalidad en los hombres supera la tasa departamental como se observa en Puerto Asís.

Según los diferentes grupos de edad y grupos de causas de mortalidad, se puede anotar que la mortalidad por causa externa o violenta y la originada por causas circulatorias o cardiovasculares representan para los habitantes del Putumayo las dos primeras causas de mortalidad. Puerto Asís muestra la tasa mas alta de mortalidad por causa externa o violenta, Colon y Mocoa las mas altas tasas de mortalidad por causas cardiovasculares.

Se precisa que en la mortalidad por causas no violentas, los menores de un año y los mayores de 55 años, aportan las mayores cifras. Lo contrario se observa en la mortalidad por causas violentas donde las mayores tasas se encuentran en los grupos de población joven de 15 a 44 años.

La tasa de mortalidad general según zona de procedencia, muestra para el nivel departamental que es más alta para la zona urbana, superando con el doble a la reportada por la zona rural.

Por causa de las muertes violentas o de causa externa se pierde casi el 60% de AVPP, seguida proporcionalmente por las de causa Circulatoria o Cardiovasculares.

Las tasas de mortalidad infantil, mas altas reportadas durante el año 2003 corresponden a los municipios de Colon y Puerto Guzmán, superando la tasa departamental.

En el Putumayo la Mortalidad Materna desde 1998 es de descenso hasta el año 2000, a partir de este año se observa un comportamiento plano hasta el 2002, en adelante el incremento es significativo.

Entre los factores de riesgo para la mortalidad materna, figuran el inadecuado manejo de la mujer durante el embarazo y el parto, la situación de sometimiento en la que vive, las condiciones deficientes de salud, las condiciones de vulnerabilidad como el desplazamiento, la desnutrición, el numero de embarazos y los cortos periodos intergenésicos; adicionalmente, el embarazo en adolescentes incrementa el riesgo de complicaciones gestacionales.

Teniendo en cuenta que en la actualidad la mortalidad del municipio de Mocoa no esta totalmente investigada y estudiada, se desconoce la distribución de las defunciones que se presentan en la población, y sus factores relacionados, consideramos que es necesario realizar el estudio contribuyendo a mejorar sustancialmente los problemas de salud publica de la región y así las instituciones de salud puedan contar con herramientas para la búsqueda de soluciones integrales y duraderas, que ayuden en la toma de decisiones y orientaciones políticas.

**¿Cuáles son las causas de mortalidad y sus factores relacionados, en Mocoa, durante el periodo de Enero 2005 a Diciembre 2005?**

## 2. JUSTIFICACION

Tanto en el departamento, como en el municipio, se presentan simultáneamente los tres estadios epidemiológicos que son: muertes por enfermedades infecciosas evitables con obras sanitarias y actividades de salud pública, muertes por traumatismos ocasionados por accidentes como los traumas craneoencefálicos y muertes por violencia que son las mayores causas de defunción registradas para el año 2005; haciendo esto más complejo el estudio de la identificación de las causas de mortalidad del municipio como es el estudio de su realidad política, social, económica y cultural.

Al igual que en los aspectos de morbilidad, los datos de mortalidad del municipio, presentan fallas en cuanto a la información reportada debido al mal diligenciamiento de los certificados de defunción suministrados por la IPS pública del municipio y medicina legal.

Este problema de investigación es de gran importancia para el municipio de Mocoa y también para el departamento del putumayo, ya que el estudio de la mortalidad contribuye y aporta grandes datos estadísticos y epidemiológicos con los cuales se puede caracterizar el estado de salud de la población, y enfocar así las actividades preventivas en el área y a los grupos mas vulnerables.

Es importante enfatizar que no existe un estudio de esta magnitud en el municipio que nos diga cuales son las causas de muerte de la población, existen datos aislados que no son muy concluyentes, subestiman la realidad y se hace necesario establecer un diagnostico claro por cuanto posibilita hacer un análisis de la frecuencia y patrones de los eventos de salud en una población, que conlleva a reorientar políticas entorno a la salud de la población, evitar o controlar los

factores de riesgo, planear programas que permitan estructurar acciones de salud para la población tendientes a modificar el comportamiento de los habitantes del municipio en busca de una mejor calidad de vida, tomar decisiones, optimizar recursos, dirigir acciones de salud hacia un mismo propósito y planear estrategias interdisciplinarias e interinstitucionales encaminadas a promover estilos de vida saludables.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir las causas de mortalidad y sus factores relacionados, de la población del municipio de Mocoa, durante el periodo Enero 2005 a diciembre 2005.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ◆ Identificar las causas de mortalidad en el municipio de Mocoa.
- ◆ Identificar algunos factores relacionados con la mortalidad como: edad, sexo, procedencia, régimen de seguridad social, estado civil y nivel educativo.
- ◆ Analizar las diferencias de la mortalidad general y por causas, durante el periodo de Enero 2005 a diciembre 2005.
- ◆ Revisar y analizar el buen diligenciamiento de los certificados de defunción.
- ◆ Proporcionar datos esenciales y facilitar bases teóricas que conlleven a encontrar soluciones concretas con el fin de disminuir causas de mortalidad en la población del municipio de Mocoa.
- ◆ Dar a conocer a las instituciones municipales y departamentales de Salud (IPS, EPS, Alcaldía, DASALUD Putumayo), las causas de mortalidad del municipio, sus factores relacionados y los resultados de la revisión del diligenciamiento de los certificados de defunción, durante el periodo Enero 2005 a diciembre 2005,

a través de memorias del estudio en CD. Además, realizar su difusión a la comunidad mediante la publicación del artículo en el Boletín Epidemiológico Departamental.

## 4. MARCO TEORICO

Los estudios de mortalidad han facilitado una mejor comprensión de la dinámica poblacional a través del tiempo, esta evolución se debe principalmente a la transición epidemiológica y demográfica que se encuentra relacionada con las políticas, programas de salud y las condiciones de violencia a que es sometida la población.

El análisis de la mortalidad, proceso iniciado en el siglo XVII en Londres, permitió, desde entonces, el desarrollo progresivo de los estudios sobre la distribución de las enfermedades en las poblaciones y, consecuentemente, el descubrimiento de las causas y prevención de las mismas.

Con los avances epidemiológicos se da un cambio en los patrones de las enfermedades, en donde las causas endógenas de muerte comienzan a adquirir una mayor importancia frente a las causas exógenas resultantes de la acción del entorno sociocultural y el medio. Según Omran, atraviesan diferentes estadios epidemiológicos; el primero es característico de las sociedades postmodernas, muestra alta mortalidad y fecundidad, bajo crecimiento poblacional, baja expectativa de vida al nacer, enfermedades infecciosas, transmisibles, perinatales, maternas y nutricionales. Con la acción sanitaria y social se llega a un estado final de baja mortalidad y fecundidad, expectativa de vida creciente y predominio de enfermedades degenerativas

Nuestro país como la mayoría de los países latinoamericanos, ha experimentado una transición epidemiológica rápida, gracias a la lucha contra enfermedades infecciosas, el uso de los avances tecnológicos en salud, a las mejoras en las



condiciones sociales y del ambiente que permite mejor calidad de vida de la población colombiana.

El estado, anteriormente dirigía las acciones de salud a población haciendo énfasis en medicina curativa, hoy el sistema tiene implementado actividades de promoción y prevención, lo cual mejora las condiciones de salud, sociales y ambientales de las comunidades reduciendo así las posibilidades de morir.

El comportamiento de la mortalidad en el país ha sido significativo, pero a comienzos del siglo XX, se evidencia un descenso tanto para hombres como para mujeres. Las enfermedades infecciosas, parasitarias y las peri-natales, principal causa de muerte en la década de los sesenta, fueron perdiendo importancia frente a las enfermedades endógenas y a las muertes por violencia; hacia el año de 1965 las tres principales causas de muerte eran las enfermedades por infecciones intestinales, infecciones respiratorias agudas y peri-natales, que en conjunto representaban el 30% de las defunciones. Hacia los ochenta las enfermedades del corazón y las enfermedades causadas por el hombre (homicidio, accidentes) ocupan las primeras causas de defunción.

De igual forma se evidencia una evolución en las defunciones por edad, en los primeros años de vida la mortalidad es alta, debido principalmente a un proceso biológico: el nacimiento y los primeros días de vida constituyen un alto riesgo debido al difícil acoplamiento al medio externo del recién nacido, los menores de cinco años reportan casi el 50% de las defunciones, hoy se evidencia mayor mortalidad en adultos y mayores de 60 años, en donde los riesgos aumentan por la edad y debido al proceso de envejecimiento biológico del organismo.

El género es otro aspecto importante en mortalidad, es más significativa la muerte en hombres por causas violentas (homicidios y accidentes) mientras que las

mujeres se presentan enfermedades de origen biológico como tumores malignos. Estas causas de muerte en ambos géneros hacen difícil la disminución de la mortalidad, ya que se dificulta controlar o prevenir este tipo de enfermedades.

Sumado a lo anterior se debe tener en cuenta la situación socioeconómica de las comunidades, ya que influye notoriamente en la aparición de enfermedades y hace más vulnerable al individuo a la enfermedad o a la muerte.

Como ya es de nuestro conocimiento, la mortalidad se da en todos los grupos etareos, pero sin lugar a dudas la mortalidad infantil es de mayor importancia ya que es considerado como uno de los indicadores de desarrollo socioeconómico, pues refleja el estado de salud de la población.

La evolución de la mortalidad infantil en Colombia indica que ha experimentado un notable descenso, esto debido a la respuesta rápida de los infantes a los programas de salud.

Los niños mueren menos en la zona urbana que en la rural gracias al acceso a los servicios de salud, de infraestructura, de servicios básicos y de educación, así mismo los programas de salud tienen mayor cobertura en las poblaciones urbanas que en la población dispersa.

Es de importancia resaltar como lo mencionamos anteriormente la disminución de la mortalidad en Colombia a través del tiempo, todo esto debido quizá a las políticas en salud, la inversión social que lograron mejoramiento de condiciones de vida y mayor capacidad económica de las comunidades.

En Colombia, la recolección obligatoria y rutinaria de datos sobre muertes, que dirige y ejecuta el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE),

permite disponer, de una forma regular y confiable, de una buena fuente de datos para el análisis de situación de salud del país en los ámbitos nacional y subnacional.

Con este trabajo se pretende trazar la situación de salud del Municipio de Mocoa en términos de los principales problemas de salud que provocaron la muerte, para el periodo Enero 2005 a diciembre 2005.

Para analizar y comprender la mortalidad, se hace necesario conocer que el concepto de mortalidad expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado. A diferencia de los conceptos de muerte y defunción que reflejan la pérdida de la vida biológica individual, la mortalidad es una categoría de naturaleza estrictamente poblacional.

En consecuencia, la mortalidad expresa la dinámica de las muertes acaecidas en las poblaciones a través del tiempo y el espacio, y sólo permite comparaciones en este nivel de análisis. Cuando esta se da en menores de cuatro semanas se denomina mortalidad neonatal, si es en menores de un año mortalidad infantil, y cuando abarca desde el periodo de la vigésimo octava semana de vida intrauterina hasta el séptimo día después del nacimiento es mortalidad peri-natal.

Cuando se habla de mortalidad se debe tener en cuenta que existen muchos factores que la pueden producir, esta puede ser natural que resulta del debilitamiento progresivo de todas las funciones vitales o violentas cuando sobreviene tras agresión o violencia de forma accidental o provocada.

Así mismo el concepto salud enfermedad es un proceso continuo de variaciones interrumpidas, que acompaña al fenómeno vital del hombre, las cuales son

producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud.

La muerte es un suceso inesperado de la vida, existe actualmente muchas maneras de prevenirla manteniendo la salud, promoviéndola y evitando la aparición de la enfermedad para ello se dan herramientas a las comunidades lo suficientemente necesarias para mejorar la salud y ejercer un mejor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social.

Con lo anterior se logra evitar factores de riesgo físico, químico orgánico, psicológico o social que se encuentran relacionados con una determinada enfermedad o que pueden ser causa de su aparición en determinadas personas, en un lugar y tiempos dados.

#### **4.1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD**

En la actualidad los procesos de salud se encuentran inmersos en el sistema general de seguridad social en salud que contempla lo relacionado con la prestación de servicios de salud, enfermedad y muerte, que tiene derecho todo ciudadano colombiano.

“Los servicios de salud son ayudas que ofrecen y reciben las personas para satisfacer necesidades relacionadas con la protección y optimización de los procesos vitales, y con la prevención y control de aquellos eventos que los afectan desfavorablemente”<sup>1</sup>, pueden clasificarse en tres tipos como son: los de Asistencia Pública, Seguridad Social y Medicina Privada.

---

<sup>1</sup> BLANCO RESTREPO Jorge Humberto. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Primera Edición. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín Colombia, 1997, p. 70.

Ciertamente, los servicios de salud son de gran importancia sin embargo, su utilización casi exclusiva como centro de análisis de los sistemas de salud, parece ser una consecuencia de que durante el siglo XX los países organizaron y expandieron sistemas de atención a la salud centrados en el manejo curativo de la enfermedad, con énfasis en la práctica médica y hospitalaria.

En Colombia a principios del siglo pasado los servicios de salud, eran de dos tipos: privados para las personas con capacidad de pago, y de asistencia pública prestada a los pobres, mediante hospitales y comunidades religiosas financiados por el estado. En la década de los 30 se inicia el Sistema de Seguridad Social con el fin de dar garantía de atención a la población trabajadora ya sea oficial (Cajas de previsión) o del sector privado (Instituto Seguro Social).

“El modelo de sistema nacional de salud se organizó en 1975, persistió hasta los años 90. La Asistencia Pública, que cubría a las personas sin capacidad de pago y sin seguridad social, se transformó en el Sistema Nacional de Salud. Se organizó un Sistema vertical, encabezado por el Ministerio de Salud que nombraba a los Jefes Seccionales de Salud (responsables de la salud en cada departamento), y hacia abajo se organizó la prestación de servicios mediante el modelo de regionalización”<sup>2</sup>.

En 1991, como consecuencia de un “referendo” se estableció una nueva Constitución, con el fin primordial de lograr una sociedad más equitativa.

El Preámbulo establece “el deber que tiene el Estado de asegurar la vida y convivencia de sus integrantes”, principio que se ratifica en el artículo 11 el cual declara inviolable el derecho a la vida; este punto comprende todos los aspectos

---

<sup>2</sup> ORDOÑEZ ROSAS Dora Janeth. Evaluación de la participación de la comunidad en el Sistema general de Seguridad Social en Salud en el municipio de Mocoa. Departamento del Putumay. Mocoa Putumayo, 2002, p. 12.

inherentes al pleno desarrollo del hombre, desde el momento de su concepción hasta cuando cesa el conjunto de sus actividades psíquicas y fisiológicas.

En su artículo 2° la Carta le señala al Estado, junto a otros fines primordiales, los de promover la prosperidad general y servir a la comunidad. Esto significa que se deben ofrecer los medios que permitan la subsistencia y la participación de la comunidad a través de sus diferentes actores.

La Ley 10 del 10 de Enero de 1990, buscó ante todo adaptar el Sistema Nacional de Salud que en su diseño original estuvo marcado por el centralismo administrativo y tecnocrático para definirlo en términos de una administración participativa, con presencia decisiva de las comunidades, las administraciones departamentales y municipales. Se debe aclarar que la Ley 10 descentralizó competencias más no recursos, lo que si lo hizo la Ley 60/90 que descentralizó recursos y competencias y que se modificó con la Ley 715 de 2002.

Para implantar las leyes dentro del sector salud, el Estado cuenta con la administración pública, una herramienta que carece de credibilidad y que ha dado muestras de ineficiencia, burocratismo y corrupción, debida en parte al incumplimiento de las funciones y compromisos de las mismas ante la comunidad beneficiaria. Por eso, para cumplir con los principios señalados en el Título 1 de la Carta Magna, se introdujo un ordenamiento que asegura los mecanismos mediante los cuales la función pública busca la productividad social de los recursos del Estado y está sujeta al control democrático ejercido por los diversos sectores de la sociedad.

Para darle cumplimiento a la Constitución surgió la Ley 100 de 1993; en donde se cambia totalmente la concepción:

- Los Servicios de salud son obligación del Estado. Se inició el cambio de subsidio de la oferta por el aseguramiento.
- Todos los ciudadanos obligatoriamente deben estar dentro del Sistema; los que tienen capacidad de pago o trabajan, ingresan al régimen contributivo a través de una Empresa Promotora de Salud (EPS), y aquellos que no la tienen ingresarán al régimen subsidiado, por cuenta del Estado a través de una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS), con dinero que proviene del que se asignaba a los hospitales públicos, del 1% del Salario básico mensual aportado por los afiliados al Régimen Contributivo y de otros recursos del gobierno central.

Se estableció también el concepto de POS o Plan Obligatorio de Salud; que es un paquete de servicios al cual tienen derecho los asegurados, ya sea el POS -s para los del Subsidiado o el POS – c para los del régimen contributivo que es más amplio que el anterior; con la intención que con el tiempo se igualen.

En el periodo de transición (que se cumplió en el 2000), hasta tanto se logre la cobertura universal, las personas no aseguradas llamadas vinculadas, se siguen atendiendo mediante el sistema anterior de “subsidio a la oferta”, es decir a cargo de las asignaciones presupuestales que el estado da a los Hospitales Públicos.

Como las circunstancias políticas del país han empeorado: violencia, aumento del desempleo, estancamiento del PIB, déficit fiscal; las metas de la cobertura universal y aumento del Plan de Beneficios no se han cumplido.

Existen en salud unos regímenes especiales como son el de ECOPETROL, las Fuerzas Militares, los educadores, quienes reciben servicios de salud integrales y pensiones; generalmente con planes de beneficio de mayor cobertura y bajas cotizaciones por cuenta del trabajador.

En la búsqueda de un modelo de salud más universal, solidario y eficiente, así como de mejor calidad, tal como lo establece la Carta Magna en el artículo 49, el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud estableció relaciones competitivas, pero reguladas entre agentes públicos y privados.

De esta forma los principios generales de solidaridad, eficiencia, calidad y universalidad, invocados en la constitución de 1990, los objetivos y la organización general de todo el sistema están desarrollados en las Leyes 100 y 60 de 1993 y la ley 715 de Diciembre/01.

En cuanto al aseguramiento este es administrado por Empresas Promotoras de Salud (EPS) de naturaleza pública o privada para el Régimen Contributivo y por Administradoras de Régimen Subsidiado para el subsidiado. Estas empresas asumen las contingencias especificadas en el POS correspondiente.

#### **4.2. ASPECTOS GENERALES SOBRE MORTALIDAD EN EL PUTUMAYO**

Al igual que en los aspectos demográficos, los datos disponibles para el análisis epidemiológico del municipio, adolecen de fallas en cuanto a coberturas y calidad, además, la mayoría de ellos (morbilidad por consulta externa) se refieren únicamente a los primeros diagnósticos de las atenciones de consulta externa del hospital, no se contempla la medicina privada como tampoco la información del Instituto de Seguros Sociales entre otras.

Igualmente es importante considerar el subregistro existente en la actualidad debido a errores en la captura, codificación y procesamiento de la información, en todos los niveles del sistema.



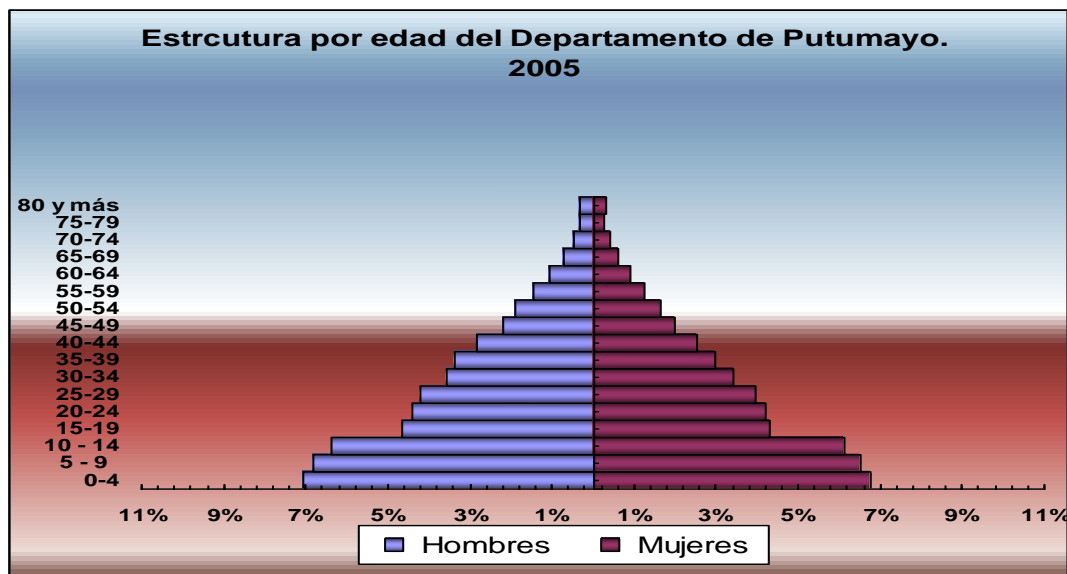
El tamaño de la población siempre ha sido motivo de discusiones, por tanto hay que preguntarse cual es la cantidad y calidad de personas que el Putumayo necesita y puede atender ahora y en el futuro con buena calidad de vida. Tal pregunta debe responderse a la luz de su plan de desarrollo, de su modelo económico, de su forma de ocupación del territorio y de sus interacciones sociales, pensado en la población como la parte integral del desarrollo y no como una pila productora de energía, desarrollo que debe ser holístico y no simplemente economista.

La estructura de la población en el Putumayo según el escenario planteado por las proyecciones, esta en un proceso de transición demográfica puesto que esta pasando de una pirámide de base ancha, cuerpo en decrecimiento y cúspide apuntalada, a una de base menos ancha, cuerpo más robusto y aun cúspide apuntalada; este cambio en la forma de la pirámide presenta una disminución en la natalidad, una disminución de la mortalidad por causas no violentas y no se sabe como esta interfiriendo la migración en estas dos variables.

Por lo anterior si estas condiciones siguen así al cabo de 50 años la población será en su gran mayoría vieja, con un predominio de los hombres.

Más aun según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005, Putumayo tiene una tasa de fecundidad total de 2,1, una mortalidad infantil de 17 y una mortalidad en menores de 5 años de 23 por mil respectivamente, contexto que refuerza la idea de que la población esta en un proceso de decrecimiento y envejecimiento rápido.

**Grafica 1. PIRAMIDE POBLACIONAL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO 2005**



En el año 2003, el Departamento Administrativo de Salud realizó con el área de vigilancia epidemiológica un diagnóstico de salud del Departamento del putumayo, con el cual se pretendía.

“Proporcionar una herramienta que permitiera la aproximación al conocimiento del estado de salud de la población, de los factores de riesgo que inciden en este y de aquellos que trascienden el simple concepto de ausencia de enfermedad, que obligan a incluir en el análisis aspectos del entorno social y ambiental”<sup>3</sup>.

Se tomó como elementos del análisis, los datos generados por los diferentes sistemas de información que respaldan la ejecución de proyectos, programas y actividades y que se basan en el marco legal.

Este informe descriptivo correspondiente al año 2003, tiene como propósito comparar la ocurrencia de la mortalidad del Departamento, según grupos de causas, zona de procedencia, sexo y grupos de edad.

<sup>3</sup> SUBDIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Diagnóstico de Salud Putumayo – 2003. Mocoa, 2004, p. 5.

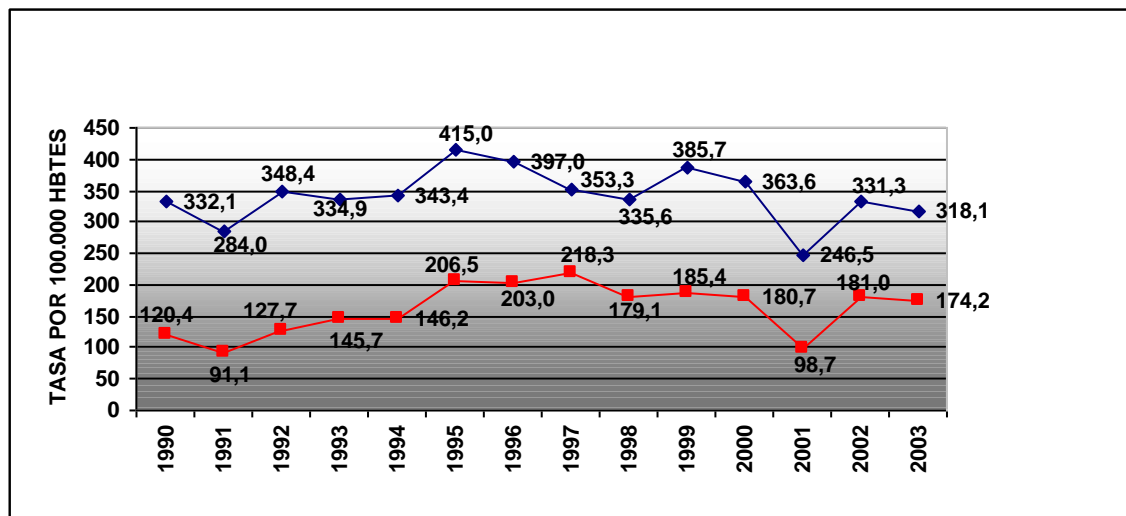
La información analizada correspondió al reporte oficial generado por cada una de las IPS públicas y privadas del departamento y en el caso de las muertes violentas adicionalmente las informadas por el Instituto de Medicina Legal con sede en Mocoa capital del departamento del Putumayo.

Entendida la mortalidad como un indicador derivado de las condiciones de salud y desarrollo de una población, se considera importante continuar con el estudio sobre su comportamiento con la población del municipio de Mocoa capital del departamento del Putumayo y a la vez estudiar las fallas que se presentan en la información reportada en los certificados de defunción para que se tomen los correctivos con el personal de salud encargado de suministrar la información necesaria para el análisis, para conocer las causas reales de mortalidad de esta población y brindar herramientas que contribuyan a la generación de planes y proyectos que disminuyan la mortalidad por estos factores.

La grafica 1, “A nivel departamental los hombres mueren mas que las mujeres con una tasa de 447,0 por 100.000 habitantes frente a 171,0 y con diferencias estadísticamente significativas, ( $p < 0.0005$ )”<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Ibid., p. 75.

**Grafica 2. TASAS DE MORTALIDAD GENERAL PUTUMAYO – 2003**

FUENTE: Base de datos Dasalud Putumayo

La tasa de mortalidad general más alta la ostentan los municipios de Colon y Puerto Asís con valores de 675,6 y 658,3 por cada 100.000 habitantes (Tabla 1).

**Tabla 1. TASAS DE MORTALIDAD GENERAL POR MUNICIPIOS PUTUMAYO – 2003**

MUNICIPIOS	NO. DEFUNCIONES	POBLACION	TASA X 100.000 HBTES.
MOCOA	157	35.292	444,9
VILLAGARZON	72	29.364	245,2
PUERTO GUZMAN	43	34.135	126,0
PUERTO ASIS	437	66.385	658,3
PUERTO CAICEDO	30	18.464	162,5
ORITO	109	41.638	261,8
VALLE GUAMUEZ	87	37.218	233,8
SAN MIGUEL	46	23.712	194,0
SANTIAGO	25	11.986	208,6
COLON	38	5.625	675,6
SIBUNDOY	35	14.722	237,7
SAN FRANCISCO	26	8.177	318,0
PUERTO LEGUIZAMO	40	33.272	120,2
PUTUMAYO	1.145	359.990	318,1

FUENTE: Base de datos Epidemiología Dasalud

Durante el año 2003 se reportaron a través de las diferentes IPS públicas 1.145 defunciones ocurridas entre la población que habita los 13 municipios del departamento.

“A nivel departamental los hombres mueren mas que las mujeres con una tasa de 447,0 por 100.000 habitantes frente a 171,0 y con diferencias estadísticamente significativas, ( $p < 0.0005$ )”<sup>5</sup>.

Existen sin embargo municipios donde la mortalidad en los hombres supera la tasa departamental como se observa en Puerto Asís con una tasa de mortalidad entre los hombres de 952.5 por 100.000 habitantes (tabla 2).

---

<sup>5</sup> Ibid., p. 77.

**Tabla 2. TASAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN SEXO Y MUNICIPIOS PUTUMAYO - 2003**

MUNICIPIOS	MASCULINO N= 855			FEMENINO N= 290		
	NO.	POBLACION	TASA X 100.000 HBTES.	NO.	POBLACION	TASA X 100.000 HBTES.
MOCOA	95	18770	506,1	62	16522	375,3
VILLAGARZON	62	15594	397,6	10	13770	72,6
PUERTO GUZMAN	33	18109	182,2	10	16026	62,4
PUERTO ASIS	336	35276	952,5	101	31109	324,7
PUERTO CAICEDO	25	9780	255,6	5	8684	57,6
ORITO	82	22100	371,0	27	19538	138,2
VALLE GUAMUEZ	69	19786	348,7	18	17432	103,3
SAN MIGUEL	39	12598	309,6	7	11114	63,0
SANTIAGO	16	6397	250,1	9	5589	161,0
COLON	25	2990	836,1	13	2635	493,4
SIBUNDOY	23	7818	294,2	12	6904	173,8
SAN FRANCISCO	21	4351	482,6	5	3826	130,7
LEGUIZAMO	29	17694	163,9	11	15578	70,6
PUTUMAYO	855	191263	447,0	290	168727	171,9

**FUENTE:** Base de datos Epidemiología DASALUD

La mortalidad por causa externa o violenta y la originada en causas circulatorias o cardiovasculares representan para los habitantes del putumayo las dos primeras causas de mortalidad con tasas de 195,0 por 100.000 habitantes y 40.3 por 100.000 habitantes.

Puerto Asís, muestra la tasa mas alta de mortalidad por causa externa o violenta (451,9 por 100.000 habitantes), Colon y Mocoa las mas altas tasas de mortalidad por causas cardiovasculares con tasas de 213,3 por cien mil habitantes y 104,8 por cien mil habitantes respectivamente (tabla 3).

**Tabla 3. TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS Y MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003**

MUNICIPIOS	CAUSA EXTERNA N=702		TRANSMISIBLES E INFECCIOSAS N=116		TUMORES N=60		CIRCULATORIAS N=145		PERINATALES N=100		OTRAS N=22	
	NO.	TASA x 100.000 HBTES.	NO.	TASA x 100.000 HBTES.	NO.	TASA x 100.000 HBTES.	NO.	TASA x 100.000 HBTES.	NO.	TASA x 100.000 HBTES.	NO.	TASA x 100.000 HBTES.
MOCOA	51	144,5	22	62,3	15	42,5	37	104,8	31	87,8	1	2,8
VILLAGARZON	55	187,3	4	13,6	5	17,0	5	17,0	3	10,2	0	0,0
GUZMAN	38	111,3	2	5,9	0	0,0	0	0,0	3	8,8	0	0,0
PUERTO ASIS	300	451,9	40	60,3	10	15,1	40	60,3	38	57,2	9	13,6
CAICEDO	25	135,4	1	5,4	1	5,4	2	10,8	0	0,0	1	5,4
ORITO	78	187,3	7	16,8	6	14,4	15	36,0	2	4,8	1	2,4
VALLE GUAMUEZ	69	185,4	7	18,8	2	5,4	5	13,4	4	10,7	0	0,0
SAN MIGUEL	43	181,3	1	4,2	1	4,2	1	4,2	0	0,0	0	0,0
SANTIAGO	5	41,7	5	41,7	5	41,7	9	75,1	1	8,3	0	0,0
COLON	5	88,9	5	88,9	2	35,6	12	213,3	6	106,7	8	142,2
SIBUNDOY	11	74,7	6	40,8	7	47,5	8	54,3	3	20,4	0	0,0
SAN FRANCISCO	8	97,8	6	73,4	5	61,1	5	61,1	1	12,2	1	12,2
LEGUIZAMO	14	42,1	10	30,1	1	3,0	6	18,0	8	24,0	1	3,0
PUTUMAYO	702	195,0	116	32,2	60	16,7	145	40,3	100	27,8	22	6,1

**FUENTE:** Base de datos Epidemiología DASALUD

Analizadas las tasas de mortalidad según grupos de edad y causas se precisa que en la mortalidad por causas no violentas, los menores de un año y los mayores de 55 años, aportan con las mayores tasas de mortalidad. Lo contrario se observa en la mortalidad por causas violentas donde las mayores tasas de mortalidad se encuentran en los grupos de población joven de 15 a 44 años, con tasas entre 201,0 y 318,8 por 100.000 habitantes.

“La tasa de mortalidad general según zona de procedencia, muestra para el nivel departamental una tasa de 551,3 por 100.000 habitantes para la zona urbana,

superando con el doble a la reportada en la zona rural con un valor 204,2 por 100.000 habitantes (tabla 4)<sup>6</sup>.

**Tabla 4. TASAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN ZONA DE PROCEDENCIA Y MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003**

MUNICIPIOS	ZONA URBANA			ZONA RURAL		
	N=651			N=494		
	NO.	POBLACION	TASA X 100.000 HBTES.	NO.	POBLACION	TASA X 100.000 HBTES.
MOCOA	117	20.639	566,9	40	14.653	273,0
VILLAGARZON	33	6.574	502,0	39	22.790	171,1
PUERTO GUZMAN	15	3.804	394,3	28	30.331	92,3
PUERTO ASIS	252	27.922	902,5	185	38.463	481,0
PUERTO CAICEDO	12	3.024	396,8	18	15.440	116,6
ORITO	49	12.851	381,3	60	28.787	208,4
VALLE GUAMUEZ	39	9.346	417,3	48	27.872	172,2
SAN MIGUEL	20	6.835	292,6	26	16.877	154,1
SANTIAGO	13	2.545	510,8	12	9.441	127,1
COLON	35	3.063	1142,7	3	2.562	117,1
SIBUNDOY	20	8.866	225,6	15	5.856	256,1
SAN FRANCISCO	15	4.078	367,8	11	4.099	268,4
PUERTO LEGUIZAMO	31	8.528	363,5	9	24.744	36,4
PUTUMAYO	651	118.075	551,3	494	241.915	204,2

FUENTE: Base de datos Epidemiología DASALUD

Los homicidios representan la mayor tasa de mortalidad para el departamento, con una tasa de 174,2 por cien mil habitantes, pero a nivel de municipios Puerto Asís supera la tasa departamental. Otros accidentes ocupan el segundo lugar como causa de mortalidad violenta después de los homicidios y con una tasa a nivel departamental de 10.0 por cien mil habitantes.

<sup>6</sup> Ibid., p. 79.



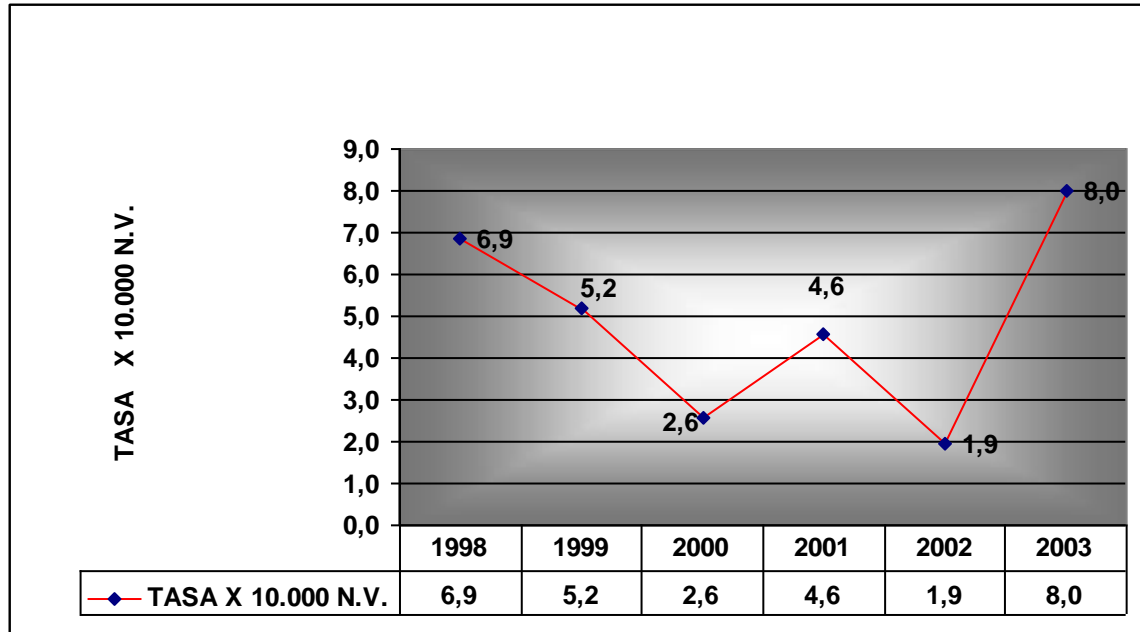
“Las tasas de mortalidad infantil, mas altas reportadas durante el año 2003 corresponden a los municipios de Colon y Puerto Guzmán, superando la tasa departamental de 14.2 por mil nacidos vivos (Tabla 5)”<sup>7</sup>.

**Tabla 5. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN MUNICIPIOS PUTUMAYO 2003**

MUNICIPIOS	NO. DEFUNCIONES EN MENORES DE 1 AÑO	NO. NACIDOS VIVOS	TASA X 1.000 NACIDOS VIVOS
MOCOA	14	1021	13.7
VILLAGARZON	2	105	19.0
PUERTO GUZMAN	5	152	32.9
PUERTO ASIS	25	1495	16.7
PUERTO CAICEDO	1	110	9.1
ORITO	4	456	8.8
VALLE GUAMUEZ	0	651	0.0
SAN MIGUEL	1	155	6.5
SANTIAGO	1	80	12.5
COLON	4	100	40.0
SIBUNDOY	3	189	15.9
SAN FRANCISCO	1	80	12.5
PUERTO LEGUIZAMO	10	397	25.2
PUTUMAYO	71	4991	14.2
<b>FUENTE: Base de datos Epidemiología DASALUD</b>			

Conscientes de la importancia que representa para el departamento la reducción de la mortalidad materna y perinatal y de la responsabilidad que le compete al sector salud, se intenta hacer una aproximación a lo que seria una línea de base para la mortalidad materna que proporcione elementos a tener en cuenta en la implementación del Plan de Choque propuesto desde el nivel nacional (Grafica 2).

<sup>7</sup> Ibid., p. 82.

**Grafica 3. TASA DE MORTALIDAD MATERNA PUTUMAYO 2003**

FUENTE: Base de datos Epidemiología DASALUD

Entre los factores de riesgo ya identificados para la mortalidad materna, figuran el inadecuado manejo de la mujer durante el embarazo y el parto, la situación de sometimiento de la mujer, la desnutrición y las condiciones deficientes de salud.

“Adicionalmente el embarazo en adolescentes incrementa el riesgo de complicaciones gestacionales asociadas con la mortalidad materna. Por el carácter encubierto del aborto las adolescentes tienen mayor riesgo de morir por estas causas”<sup>8</sup>.

El número de embarazos y los cortos periodos intergenesicos son igualmente factores que intervienen en la mortalidad materna.

<sup>8</sup> Ibid., p. 82.

Finalmente las condiciones de vulnerabilidad como el desplazamiento son igualmente situaciones que constituyen factor de riesgo de tipo social para la mortalidad materna.

En el Putumayo el comportamiento de la Mortalidad Materna a partir de 1998 es al descenso hasta el año 2000, a partir de este año se observa un comportamiento plano hasta el 2002, a partir de este año el incremento es significativo pasando de una tasa de 2.6 por 10.000 nacidos vivos a 8.0 por 10.000 nacidos vivos.

Es de anotar que existe la posibilidad de subregistro en el denominador, dada la baja cobertura de registro de nacidos vivos en el área rural, especialmente de aquellos municipios con mayor proporción de población ubicada en el área rural (67%) situación que afecta el cálculo de las tasas. (Tabla 6)

**Tabla 6.** DISTRIBUCION PROPORCIONAL DE LAS MUERTES MATERNAS SEGÚN SITIO DE PROCEDENCIA. PUTUMAYO 1998 - 2003

MUNICIPIOS	NO. MUERTES MATERNAS	%
MOCOA	2	16,7
VILLAGARZON	0	0,0
PUERTO GUZMAN	0	0,0
PUERTO ASIS	7	58,3
PUERTO CAICEDO	0	0,0
ORITO	1	8,3
VALLE DEL GUAMUEZ	0	0,0
SAN MIGUEL	0	0,0
SANTIAGO	0	0,0
COLON	0	0,0
SIBUNDOY	0	0,0
SAN FRANCISO	0	0,0
PUERTO LEGUIZAMO	2	16,7
TOTAL	12	100

FUENTE: Certificado de defunción

La tasa de mortalidad materna para el año 2003 fue de 6.0 por 10.000 mil nacidos vivos, (3/4991). Comparada con la tasa nacional se encuentra 4 puntos por debajo de esta (10.5 por 10.000 nacidos vivos) para este mismo año.

El DANE tiene actualmente un consolidado de estadísticas vitales en las que se incluye nacimientos y defunciones hasta el 2004, cabe resaltar que se encuentran datos numéricos de mortalidad por departamento, municipio, edad, sexo, pero no aporta causas de muerte, que es lo que nosotros deseamos investigar, por ello consideramos pertinente avanzar en el trabajo de investigación propuesto ya que complementa información y nos permite conocer la situación real de mortalidad en el municipio de Mocoa, lo cual contribuye a establecer políticas de salud que modifiquen factores de riesgo, mejoren comportamientos, actitudes y que la comunidad adopten estilos de vida saludables.

## 5. MARCO CONTEXTUAL

### 5.1. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MOCOA

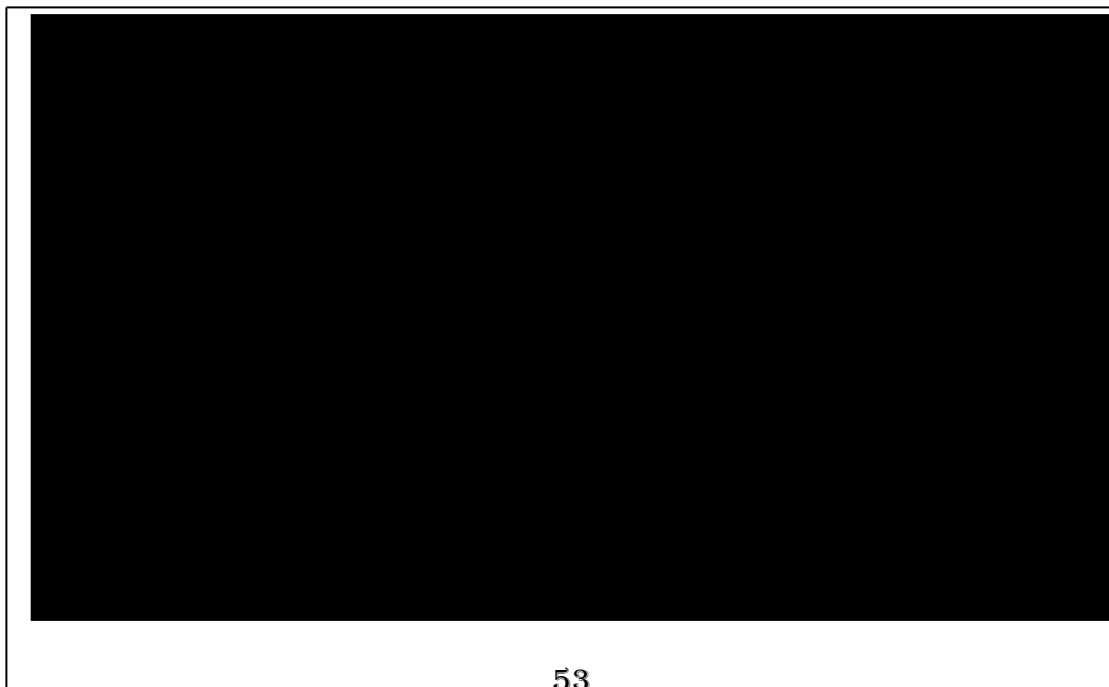
San Miguel de Agreda de Mocoa fue fundada el 29 de septiembre de 1.563 por orden de Pedro de Agreda, al capitán Gonzalo H. de Avendaño. Se ubica en el Piedemonte Amazónico, al Noroeste del Departamento del Putumayo. Está situada a 1°08', 56" de latitud Norte y 6°38',52" de longitud Oeste, con respecto al meridiano de Greenwich, sobre una elevación de 650 m.s.n.m, tiene una temperatura promedio de 23°C, y una pluviosidad de 5000 mm, lo que le da un clima de bosque húmedo tropical.

#### LIMITES:

- Al Norte limita con Cauca
- Occidente: San Francisco Putumayo
- Oriente: Puerto Guzmán Putumayo
- Sur: Villagarzón putumayo

#### GRAFICA 4.

MAPA DEL MUNICIPIO MOCOA- PUTUMAYO



FUENTE: Planeación Alcaldía Municipal

El municipio pertenece a la cuenca del río Caquetá a la que aporta 9 afluentes de importancia; hay tres ríos y varias quebradas de alta pendiente que atraviesan el casco urbano, pese a que se reconoce ampliamente el riesgo natural que representan estos ríos durante el invierno, no existe una política preventiva por parte del sector gubernamental.

La superficie municipal es de 1.263 Km<sup>2</sup>, política y administrativamente está dividido en cinco (5) Inspecciones de Policía, cincuenta y dos (52) veredas y cuarenta y nueve (49) barrios pertenecientes al casco urbano, que son:

Inspecciones de Policía y Veredas:

- ◆ MOCOA: Alto Afán, Anamú, Bajo Afán, Buenos Aires, Caliyaco, Campucana, El Difícil, el Líbano, El Montclar, El Zarzal, Galicia, Las Palmeras, Las Planadas, Las Toldas, Los Andes, Los Ceballos, Los Guadales, Medio Afán, Pueblo Viejo, Rumiayaco, San Antonio, San Carlos, San Joaquín, San José del Pepino, San Luis de Chontayaco, San Martín, San Miguel, Villa Rica, Villanueva.
- ◆ EL PEPINO: El Pepino Cabecera, Alto Eslabón, El Santuario, La Eme, La Florida, La Tebaida, Las Mesas.
- ◆ PUERTO LIMON: Puerto Limón Cabecera, Alto Pedregosa, El Caimán, El Mesón de Uchupayaco, Esmeralda El Sardinias, Las Palmeras Puerto Limón, Risaralda de la Pasera, San Pedro de Guadalupe, Villa Gloria de Toroyaco.

- ◆ YUNGUILLO: Yunguillo Cabecera, Osocochoa.
- ◆ CONDAGUA: Condagua Cabecera, Fronteriza El Paisaje, Ticuananoy.

Barrios:

- ◆ Avenida 17 de julio
- ◆ Avenida Colombia
- ◆ Centro
- ◆ Centro turístico la loma
- ◆ Ciudad jardín
- ◆ El progreso
- ◆ Huasipanga
- ◆ La independencia
- ◆ Villa Natalia
- ◆ José María Hernández
- ◆ Kennedy
- ◆ La esmeralda
- ◆ El naranjito
- ◆ Miraflores
- ◆ Obrero Etapa I
- ◆ Obrero etapa II
- ◆ José Homero Alto
- ◆ José Homero bajo
- ◆ Los pinos
- ◆ Villa del Río
- ◆ Cinco de Septiembre
- ◆ El Peñón

- ◆ Luis Carlos Galán
- ◆ Los prados
- ◆ Olímpico
- ◆ La reserva
- ◆ El dorado
- ◆ Las Américas
- ◆ Jorge Eliécer Gaitán
- ◆ Modelo
- ◆ El bosque
- ◆ Cañaveral
- ◆ Pablo sexto primera etapa
- ◆ Pablo sexto segunda etapa
- ◆ San Agustín
- ◆ Rumí pamba
- ◆ Los sauces
- ◆ Villa Colombia
- ◆ Los álamos
- ◆ Villa diana
- ◆ Cinco de enero
- ◆ Condominio norte
- ◆ Diviso
- ◆ El carmen
- ◆ Invasión
- ◆ Libertador
- ◆ Quince de mayo
- ◆ Seis de enero
- ◆ Sinaí



El total de la población calculada es de 38.160 habitantes, de los cuales el 22.704 habita en área urbana y el 15.456 habita en áreas rurales, de manera dispersa y semidispersa. Posee una densidad Poblacional de 26.51 Hb/ Km<sup>2</sup>.

La pirámide poblacional de Mocoa tiene una base ancha, aunque ya muestra algunos signos de estrechamiento. La población joven e infantil sigue ocupando gran proporción del total. Debido a la situación de violencia que vive el departamento y a la economía de los ilícitos, el municipio de Mocoa presenta un movimiento migratorio permanente, generándose desplazamientos continuos ocasionados en gran parte por el conflicto armado, muchos de los cuales no se registran por temor a persecuciones o represalias posteriores. Es de anotar que aquellos que no se han registrado es porque han llegado a casas de familiares o amigos.

Población en su gran mayoría es de etnia blanca y mestiza, aunque la población indígena se ha consolidado en la actualidad debido a la constitución de resguardos y a su reconocimiento como cabildos indígenas, la población indígena para el 2005 es de 3.762.

El municipio de Mocoa tiene un significativo número de población indígena. Estos asentamientos humanos, fueron establecidos inicialmente por grupos indígenas de las etnias Inga, Kamentsa, Páez, quienes colonizaron el territorio desde el Sur y desde el Cauca y Valle de Sibundoy.

Estos grupos indígenas, que en alguna época fueron grupos mayoritarios, representan en la actualidad 12.8 % de la población total del municipio.

Los ingas son procedentes de Mocoa y se desplazaron al Valle de Sibundoy; los Kamentsa procedentes del Valle de Sibundoy se radicaron en Mocoa, estos al igual que algunos Ingas conformaron los cabildos urbanos.

Los grupos minoritarios de población, en especial el indígena, son los más vulnerables desde el punto de vista de salubridad, por sus cada vez más precarias condiciones de vida, lo que merece tal vez un manejo especial y diferente.

**Tabla 7. CABILDOS INDIGENAS MOCOA**

MUNICIPIO DE MOCOA		
CABILDO	PUEBLO	PERSONAS
YUNGUILLO	INGA	1613
OSOCOCHA	INGA	125
TANDARIDO	INGA	107
SAN CARLOS	INGA	68
CONDAGUA	INGA	454
INGA MOCOA	INGA	997
PUERTO LIMON	INGA	507
LA FLORIDA	INGA	131
INGA CAMENTSA	INGA CAMENNTSA	815
SAN JOAQUIN	INGA	118
CAMENTZA BIYA	CAMENTSA	371
CABILDO VILLA MARIA DE ANAMU	YANACONAS	400
SAN JOSE DESCANCE	INGA	156
SAN MARCELINO	INGA	90
JUAN TAMA	NASA	150
SANTA MARTA	YANACONAS	120
SAN JOSE DELPEPINO	PASTOS	385
CABILDO JOSE HOMERO	INGA	265

FUENTE: Planeación Alcaldía Municipal

Debido al gran impacto social merece tenerse en cuenta a la población desplazada ya que Mocoa se ha constituido en el mayor receptor a nivel

departamental, dentro de los desplazados un 83% procede del área rural de su respectivo municipio y sólo un 17% son personas que vivían en el área urbana.

En Mocoa hay 12.108 personas desplazadas, distribuidas en 1039 núcleos familiares y se encuentran tres asentamientos plenamente identificados, ubicados en la zona periférica del municipio: albergue los Guadales, albergue Alto Afán, Albergue Caliyaco, viven en condiciones de pobreza y hacinamiento, con pisos de barro o tierra, techo en plástico, sin paredes, duermen en cartones o tablas y algunos cuentan con colchonetas o colchones que deben secar permanentemente debido a las lluvias.

Actualmente existen inconvenientes para garantizar la prestación de los servicios de salud por la ubicación de familias desplazadas en asentamientos con las más precarias condiciones de salubridad, generando la falta de atención por los diferentes actores comprometidos en el SGSSS.

La población afro descendiente conforma un grupo reducido de habitantes, corresponde a un total de 1624 personas, que en su mayoría habitan en la inspección de policía de Puerto Limón con 1.509 personas y en la cabecera municipal solo 115 personas

Teniendo en cuenta los censos efectuados en 1973, 1985 y 1993 se confirma la tendencia ascendente de la población total como es de esperar, sin embargo al discriminar la población urbana de la rural se ve la significativa disminución de la población rural con el consecuente aumento de la población urbana.

En la actualidad la fluctuación de la población en la zona rural es constante, debido a factores de inmigración y emigración ocasionados por circunstancias económicas y del sistema que presenta actualmente el país.

Los factores de riesgo en el municipio de Mocoa, se manifiestan por la confluencia de factores relacionados con la pobreza, el bajo nivel de vida y la presencia de grupos armados, en conjunto generan estados de violencia, desnutrición, prostitución, drogadicción, delincuencia que va en detrimento del estado de salud y de la calidad de vida de la población.

La población que ingresa al sistema educativo comparada con la población en edad escolar (de 5 a 17 años) aumenta desde el año 2000 a 2002 en 1.8% mientras que desde el año 2002 a 2003 el aumento es de 9.8%. Estos datos nos llevan a afirmar que el aumento elevado en el último año, se debe a la llegada de población desplazada, a los efectos de reorganización educativa que aumento la oferta de cupos, al interés y estímulos de las instituciones y estímulos los docentes.

Para el año 2000 hasta el 2003, del total de la población en edad escolar un porcentaje estimado en un 14% del número de niños en edad escolar se queda por fuera del sistema educativo, principalmente en el sector rural.

En materia de la educación superior es más preocupante, por la ausencia de alternativas económicas y de oferta universitaria. Los programas que han llegado al municipio bajo la modalidad de universidad a distancia, de los cuales egresan semestralmente un alto número de técnicos y profesionales, no satisfacen lo requerimientos profesionales, que impulsen el desarrollo económico, social, cultural, político y ambiental de la región. El Instituto Tecnológico del Putumayo, imparte formación en algunas tecnologías, pero esta en mora de avanzar hacia el lleno de los requisitos que estableció la ley 749 de 2003.

Mocoa es un municipio rico en recursos naturales, sin embargo es notable el abandono por parte del nivel central, lo que se evidencia en los precarios servicios

públicos (acueducto, alcantarillado, aseo) tanto en área urbana como rural y en la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), equivalente al 58.64% del total de población municipal; a esta población se suman habitantes desplazados de otros municipios del departamento del Putumayo según datos de la Red de Solidaridad. Del total de la población con NBI, el 75.1% de estas personas están afiliadas al régimen subsidiado.

En el área urbana predomina como actividad económica la burocracia, y en el área rural está basada a nivel agrícola por los cultivos de plátano, maíz, yuca; y a nivel pecuario la ganadería y especies menores.

La otra fuente importante de mano de obra es la contratación, por parte del sector oficial. Uno de los problemas de mayor preocupación es el desempleo y se debe a la falta de una economía estable, a la carencia de industria y de fuentes de trabajo alternas al sector gubernamental; la actividad agrícola es incipiente y rudimentaria siendo la calidad y la falta de apoyo al sector rural las causas del subdesarrollo a este nivel. Cabe mencionar que los suelos de esta región son poco fértiles, lo que impide un adecuado desarrollo del agro.

Mocoa, presenta un clima tropical húmedo favorecedor de la presencia de vectores transmisores de enfermedades como dengue, malaria, leishmaniasis. De acuerdo a los últimos informes se tiene que los índices aélicos encontrados son altos y esta situación pone en alerta al sector salud por cuanto aparte de tener uno de los principales elementos favorecedores de la proliferación de los mosquitos como es el clima, se tiene que entre la población no hay una cultura de aseo lo que favorece cada vez mas la presencia de la enfermedad.

Las condiciones de saneamiento ambiental no son óptimas. Lo que contribuye al alto índice de personas con necesidades básicas insatisfechas, baja cobertura, discontinuidad y mala calidad de los servicios públicos, calles sin pavimento.

En el área urbana de Mocoa, existe un Alcantarillado sanitario construido hace aproximadamente 20 años, que tiene una cobertura del 69% el cual se ha venido ampliando de acuerdo con el crecimiento de la población, sin obedecer a un plan integral, que minimice los problemas de contaminación de fuentes y permita el tratamiento eficiente de los afluentes del sistema.

En el área rural la cobertura es del 28%, el 72% restante de esta población tienen soluciones individuales y poseen además otros sistemas como letrinas, o disposición a campo abierto. Solo las localidades de Puerto Limón, El Pepino y Yunguillo cuentan con el servicio parcial de alcantarillado.

Todo lo anterior trae como consecuencia la grave contaminación de importantes cuerpos de agua, al incorporarles grandes cantidades de cargas orgánicas que entran a alterar el ciclo biológico de los organismos acuáticos, a deteriorar las condiciones naturales del agua y a perjudicar a aquellas personas que encuentran en los asentamientos humanos aguas abajo de los sitios de vertimiento.

Con respecto al Acueducto, la zona urbana de Mocoa es abastecida por tres acueductos, ninguno de los cuales reúne las características técnicas adecuadas para un adecuado funcionamiento, de allí que la calidad de agua no sea apta para el consumo humano, tiene una cobertura del 75% en área urbana. En zona rural hay una cobertura del 22% con acueductos sin tratamiento de aguas.

La presencia de múltiples factores sociales a través de la historia, han marcado e influenciado el desarrollo económico, cultural y social en el municipio de Mocoa y

en general en todo el Departamento. Desde el punto de vista social, vemos como desde hace décadas, la presencia de colonos produjo la primera crisis, al producirse el enfrentamiento a comunidades indígenas presentes en la zona.

La escasa inversión social, unida a la corrupción de las administraciones y a la economía de ilícitos, ha terminado por complicar aun más la difícil situación que vive el departamento, y facilita la presencia de grupos guerrilleros y paramilitares y delincuencia común, que enfrentados a comandos de contraguerrilla y dejan a la población civil sumida en una profunda crisis psicológica.

Afiliación al sistema: Sin ampliación de cobertura y con base en la población proyectada para el 2005: El municipio de Mocoa tiene el 27.85% de población sin afiliación al SGSSS, la cobertura del Régimen contributivo es de 31.95% y la del Régimen Subsidiado es de 40.2%.

Teniendo en cuenta que la población total del municipio de Mocoa es de 38.160 habitantes, 12.177 corresponden al régimen contributivo, 15,352 al régimen subsidiado y 10.631 son vinculados.

Las Empresas Promotoras de Salud que tienen afiliados del Régimen Contributivo son: Saludcoop, Coomeva, UNIMAP, Humanavivir y ISS y para el Régimen Subsidiado Selvasalud, Caprecom, Emssanar, Mallamás, AIC y Salud Condor.

Mocoa cuenta con un Hospital de segundo Nivel de atención que tiene las seis especialidades básicas, es la única institución que presta el servicio de hospitalización, cuenta con 14 puestos de salud y 11 promotores rurales.

De igual forma, no cuenta con recurso humano ni físico para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud en la población vulnerable y desplazada del municipio, la cual ha generado saturación en la prestación de los

servicios, trayendo como consecuencia un malestar general en la comunidad con esta ESE local y en forma indirecta en todos los actores del SGSSS.

<b>TABLA 8.</b>	
<b>ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA - INFORMACION BASICA INSTITUCIONAL</b>	
HOSPITAL NIVEL II	ÉSE. Hospital José María Hernández
LOCALIDAD	Mocoa Putumayo
DIRECCIÓN	Calle 14 No. 7-26 B. Obrero
TELEFONOS	(8)4296056 -4296057-4205254
TELEFAX	(8)4295971 -4296126
GERENTE	Everardo Cuasquer
No. De Pisos	1
No. TOTAL CAMAS HOSPITALARIAS	60
No. TOTAL CAMAS URGENCIAS	21
NO. TOTAL SALA PARTOS	1
NO. TOTAL SALAS DE CIRUGÍA	2
NO. TOTAL CONSULTORIOS CONSULTA EXTERNA	14
NO. TOTAL LABORATORIO CLINICO	1
NO. TOTAL BANCO DE SANGRE	1
NO. TOTAL CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS	3
NO. TOTAL CONSULTORIOS HIGIENE ORAL	1
NO. TOTAL RX	1
NO. AREA DE VACUNACIÓN	1
NO. AREA DE CONTROL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	2
PERSONAL ADMINISTRATIVO	107
PERSONAL ASISTENCIAL	154
PERSONAL MEDICOS GENERALES	15
CIRUJANO	2
ANESTESIOLOGO	2
INTERNISTA	1
PEDIATRA	2
ORTOPEDISTA	1
GINECÓLOGO	2
PSIQUIATRA	1
RADIÓLOGO	1
AUXILIAR DE ENFERMERIA	61
NO. ENFERMERAS	16
NO. AUXILIARES DE ODONTOLOGÍA	3
NO. HIGIENISTA ORAL	4
NO. PSICÓLOGO	1
NO- FONOAUDIOLOGO	1
NO. TERAPIA RESPIRATORIA	2
ODONTÓLOGOS	4
BACTERIÓLOGOS	6
AMBULANCIAS	3
CONDUCTORES	6
SERVICIOS GENERALES	10
VIGILANCIA	12
PERSONAL MANTENIMIENTO	5

FUENTE: Estadística Hospital José María Hernández



Las remisiones se hacen por vía terrestre a la ciudad de Pasto, Pitalito y Neiva; y ocasionalmente por vía aérea desde el Aeropuerto de Villa garzón a la ciudad de Neiva o Bogotá. Estas instituciones son de apoyo de nivel de mayor complejidad, los pacientes se envían por vía terrestre con un recorrido promedio de 6 horas.

**Tabla 9.** INSTITUCIONES DE REFERENCIA DEL MUNICIPIO DE MOCOA

CIUDAD	INSTITUCION
PASTO	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
	HOSPITAL SAN PEDRO
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL
	CLINICA FATIMA
	CLINICA LOS ANDES
	CLINICA MARIDIAZ
	TRAUMEDICAL
COLON	UNIDAD DE SALUD MENTAL
NEIVA	CLINICA CENTRAL DE ESPECIALISTAS
	CLINICA MEDILASER
	CLINICA SALUCOOP
	HOSPITAL UNIVERSITARIO
	ENCOSALUD
CALI	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
	CLINICA VALLE DE LILI
BOGOTA	HOSPITAL SIMON BOLIVAR
	HOSPITAL SAMARITANA
	INASTITO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
	SALUCOOP
	INSTITUTO MATERNO INFANTIL
	HOSPITAL SAN JOSE
	HOSPITAL KENEDY
	HOSPITAL MILITAR

FUENTE: Oficina de Atención al Usuario Hospital José María Hernández

En el Municipio se cuenta con una red privada de IPS que básicamente prestan los servicios de consulta médica y laboratorio clínico.

## OPTOMETRIA

- Optilentes
- Optivisión
- Óptica Familiar
- Óptica Mocoa

## OFTALMOLOGÍA

- Crear-Visión

## LABORATORIO DE DIAGNÓSTICO

- Aura Hidalgo
- Diagnósticos EU
- Diana Buitrago
- Laboratorio del Valle

## TERAPIA FÍSICA Y OCUPACIONAL

- Fisiocenter

## CENTRO DE REHABILITACIÓN

- Fundación Sueños de Vida

## CLINICA AYNAN

- Sala de partos

- Consulta médica primer nivel
- Citologías
- Ginecología
- Laboratorio Clínica
- Laboratorio dental
- Sala de cirugía

Además cuenta con una red intersectorial para trabajo en equipo donde se puede destacar:

Hospital José María Hernández

Bienestar familiar

Red de solidaridad social

Secretaría municipal y departamental

Gobernación

Policía nacional

Secretaría de educación

Por tradición y por herencia cultural, en el Departamento del Putumayo ha existido una red de salud en medicina tradicional, que es importante mencionar. Dicha red es conformada por los Médicos tradicionales (Curacas o Taitas), quienes son las personas encargadas de velar por la salud física y espiritual, no solamente del indígena, si no también del colono que igualmente consulta por sus servicios.

Dicha red se soporta en la preparación de soluciones vegetales, de las que se ha comprobado científicamente en algunos casos que tienen actividad química benéfica sobre el organismo.

En el departamento convergen una serie de factores que agravan la prestación de servicios y la calidad de vida de sus pobladores, es evidente la crisis que genera el desplazamiento en todos los componentes del desarrollo social puesto que se carece de vivienda, de salud, alimentación, educación, saneamiento básico y se colapsan los servicios sanitarios básicos, debido a la sobre demanda de los mismos, donde no hay capacidad instalada, es el caso de Mocoa, es notorio que el problema se profundiza en la medida que los desplazados vienen con costumbres propias del campo.

Otro componente que se ha visto afectado es el relacionado con la salud mental, puesto que en la mayoría de casos detectados se presentan episodios de depresión, ansiedad, esquizofrenia y de acuerdo a los estudios adelantados por el Programa Presidencial RUMBOS, se tiene que existe un incremento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas, maltrato infantil y violencia intrafamiliar.

## **6. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.1. TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo.

Observacional, por que se hizo revisión documental a los Certificados de Defunción diligenciados durante el periodo de Enero 2005 a diciembre 2005, los cuales reposan en las instalaciones de la oficina de epidemiología del Departamento Administrativo de Salud Putumayo (Dasalud) ; Descriptivo, por que nos permitió identificar el comportamiento de la mortalidad en la población del municipio de Mocoa de tal manera que se pueda medir las variables ya identificadas (Tiempo, Lugar y Persona), para finalmente obtener medidas de frecuencia que nos indiquen que tan alta o tan baja es la ocurrencia de los eventos estudiados, y lo que implica esta presencia en la población del municipio de Mocoa, de corte transversal porque se estudio el evento una sola vez en el tiempo.

### **6.2. LUGAR**

La investigación se realizó en el municipio de Mocoa, en las instalaciones de la oficina de epidemiología del Departamento Administrativo de Salud Putumayo (Dasalud), que es la secretaria departamental de salud, institución encargada de la vigilancia y control de la salud del Departamento del Putumayo y donde reposan en medio físico y en bases de datos la información de estadísticas vitales del departamento.

### 6.3. POBLACION A ESTUDIO

El universo del estudio estuvo constituido por todos los Certificados de Defunción diligenciados de las personas que fallecieron entre Enero 2005 a Diciembre 2005 en el municipio de Mocoa, sin importar edad, sexo, lugar de residencia habitual, área de residencia, probable manera de muerte, estado civil, nivel educativo, régimen de seguridad social, área de defunción, sitio de defunción, lugar o dirección de ocurrencia del hecho, etc.; para trabajar con el 100% de la población.

### 6.4. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Una vez que seleccionamos el tipo de estudio, definimos que la técnica que se utilizó es la revisión documental de los certificados de defunción diligenciados durante el periodo Enero 2005 a Diciembre 2005.

Para la recolección de los datos se realizaron las siguientes actividades estrechamente vinculadas entre sí:

Oficiar al director de Dasalud Putumayo, responsable del suministro de la información, explicándole el objeto real de la investigación, con el fin de tener acceso a los certificados de defunción.

Solicitar los certificados de defunción diligenciados del periodo a estudiar, a la entidad mencionada

Ingresar los datos al instrumento seleccionado en EPI INFO 3.3.2 para medir las variables obtenidas (a esta actividad se le llama codificación de datos), en donde se hicieron mediciones de todas las [variables](#) por ser de [interés](#) para nuestro

estudio mediante el ingreso de la información, marcando la respuesta que corresponda en el caso de las preguntas de selección múltiple o completando la información en el caso de las preguntas abiertas. Para los casos en que la información no se encuentre bien diligenciada o esté incompleta se tomo nota y se realizo una verificación y análisis para determinar las fallas de los datos; como alternativa se plantea una capacitación al personal involucrado en el proceso.

## 6.5. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

El instrumento de [recolección de datos](#) que utilizamos es un formato diseñado en EPI INFO 3.3.2 con el total de variables a estudiar, el cual será el recurso para extraer la información de los certificados de defunción. Dentro de cada instrumento [concreto](#) pueden distinguirse dos aspectos diferentes: forma y contenido.

La forma del instrumento se refiere al tipo de aproximación que establecemos con lo empírico, a las [técnicas](#) que utilizamos para esta tarea. En cuanto al contenido éste queda expresado en la especificación de los datos que necesitamos conseguir; se concreta, por lo tanto, en una serie de ítems que no son otra cosa que los mismos indicadores que permiten medir las variables, de este modo, el instrumento sintetiza en sí toda la labor previa de investigación: resume los aportes del [marco teórico](#) al seleccionar datos que corresponden a las variables o conceptos utilizados; pero también expresa todo lo que tiene de específicamente empírico nuestro objeto de estudio pues sintetiza, a través de las técnicas de recolección que emplea, el [diseño concreto](#) escogido para [el trabajo](#).

## 6.6. PRUEBA PILOTO

Para el desarrollo de la prueba piloto, se envió el oficio a la Dasalud putumayo con el fin de solicitar la información necesaria para realizar la investigación; se encontraron en total 108 certificados de defunción con las características del estudio, se tomó al azar 1 certificado de defunción por cada mes estudiado para un total de 12 certificados correspondientes al periodo de Enero a Diciembre 2005; se ingresó la información en el instrumento de recolección de datos y medición de variables elaborado en EPI INFO 3.3.2 con las variables determinadas. Una vez terminado este proceso se realizaron cruces estadísticos con los cuales pudimos concluir lo siguiente:

Referente al diligenciamiento individual del Certificado de defunción se pudo determinar las siguientes falencias:

No es posible realizar un análisis completo de las causas de mortalidad en el municipio de Mocoa ni sus factores relacionados debido a la cantidad de variables del certificado de defunción que se encuentran sin datos que debió registrar el personal de salud encargado de su diligenciamiento y/o por que son datos que dependiendo del personal que diligencie el certificado no necesariamente se deben llenar.

Variabes registradas con letra ilegible lo que impide hacer un análisis real de la información registrada en los certificados de defunción.

Cada profesional de salud registra los diagnósticos con diferentes nombres o letras y no de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), lo cual impide unificar la información y realizar un análisis ágil y de calidad.



Existen unas casillas en el certificado de defunción para ingresar los códigos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10), las cuales en la mayoría no son llenadas por los profesionales que diligencian estos certificados de defunción.

Existe incoherencia en los datos de una misma persona fallecida, lo cual es un impedimento y una barrera para la realización del análisis.

Dentro del certificado de defunción en algunas variables si existe el ítem sin información o ignorado, pero en otras a pesar de que no se puede tener información no existe esta alternativa, lo cual en el momento de realizar la tabulación y análisis se presenta un sesgo de información.

## **6.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Para la organización, sistematización y análisis de la información se agrupará numéricamente los datos que se ingresen en un formato, creado en el programa EPI INFO 3.3.2, se realizarán tablas y cruces estadísticos, para poder hacer los respectivos análisis sobre las causas de mortalidad y sus factores asociados de acuerdo a la clasificación internacional CIE 10. Para lograrlo se parte de un cúmulo de informaciones que tengan una mínima homogeneidad, lo cual es necesario para poder integrarlas.

## **6.8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

De acuerdo a los objetivos propuestos y con base al tipo de variables, se detallaran las medidas de resumen de las variables y cómo serán presentadas (cuantitativas y/o cualitativas), indicando los modelos y técnicas de análisis (estadísticas, no estadísticas o técnicas de análisis de información no numérica, etc.).

## **6.9. FUENTES DE INFORMACION**

Las fuentes de investigación son de tipo secundario teniendo en cuenta que la técnica a utilizar es la revisión documental de los certificados de defunción para identificar características como: causas de mortalidad, factores sociodemográficos de la mortalidad, distribución de las defunciones estimadas por causa, edad, género, frecuencia y grupos afectados, correcto diligenciamiento de los certificados de defunción, entre otras.

## **6.10 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN**

Al finalizar el estudio este debe ser publicado para conocimiento de los diferentes entes gubernamentales e instituciones prestadoras de servicios de salud, esto se hará por medio de convocatoria a una reunión donde se presentara los resultados de la investigación para que de esta forma se adopten estrategias y se formulen planes de acción prioritarios encaminados a mejorar la salud de los ciudadanos; Otra estrategia de comunicación es la publicación por medio de boletines informativos donde se resumirá los resultados del estudio.

## **6.11. PRINCIPIOS ETICOS APLICADOS AL ESTUDIO**

**6.11.1. Divulgación selectiva de la información.** En la epidemiología, una técnica de estudio aceptable supone la divulgación selectiva de información, lo que parece contradecirse con el principio del consentimiento informado. En el caso de ciertos estudios epidemiológicos la no divulgación es permitida, e incluso fundamental, para así no influir en la conducta espontánea que se investiga.

**6.11.2. Procurar el máximo beneficio.** Parte de los beneficios que las comunidades, grupos y personas pueden razonablemente esperar de su

participación en estudios es que se les informará de las conclusiones o resultados concernientes a su salud. En los casos en que los resultados se traduzcan en medidas de salud pública en beneficio de la comunidad, éstos se deben comunicar a las autoridades sanitarias. Al informar a las personas acerca de las conclusiones y de cómo atañen a la salud, es necesario tener en cuenta su capacidad de leer y escribir y su nivel de comprensión. Los protocolos de investigación deben incluir disposiciones para comunicar esa información a las comunidades y a las personas. Los resultados de una investigación y la información entregada a la comunidad deben hacerse públicos a través de cualquier medio adecuado de que se disponga.

**6.11.3. Publicación de los resultados del estudio.** Los investigadores pueden estar imposibilitados de obligar a que se hagan públicos los datos en poder de entidades gubernamentales o comerciales, pero como profesionales de la salud tienen la obligación ética de abogar por la divulgación de información que sea de interés público.

**6.11.4. Confidencialidad.** La investigación puede implicar la recopilación de datos relativos a personas y grupos, y esos datos, si se revelan a terceros, pueden causar perjuicio o aflicción. Por consiguiente, los investigadores deben adoptar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, por ejemplo, omitiendo información que pudiese traducirse en la identificación de personas determinadas, o limitando el acceso a los datos, o por otros medios.

## 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Es importante tener en cuenta que el total de certificados de defunción registrados en el Municipio de Mocoa durante el año 2005 fue de ciento treinta y uno (131), de estos se seleccionaron ciento ocho (108) que correspondían a defunciones de residentes en Mocoa, para identificar únicamente las causas de mortalidad en los habitantes del Municipio.

**Tabla 10.** TOTAL DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN REGISTRADOS EN MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.

Municipio	Total Certificados de Defunción
Mocoa	108
Villagarzón	6
Sin diligenciar	4
Sin dato	4
Villalobos	1
San Miguel	1
Puerto Guzmán	1
Puerto Caicedo	1
Piamonte	1
Orito	1
Neiva	1
Florencia	1
Bogotá	1
<b>Total</b>	<b>131</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

## 7.1 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LA MORTALIDAD EN MOCOA-PUTUMAYO, AÑO 2005.

Durante el año 2005, se registraron 108 defunciones de residentes en el Municipio de Mocoa. (Tabla 10)

En proporción, de las 108 defunciones se registraron más en hombres (59.26%) que en mujeres (39.81%); el grupo de edad con mayor número de defunciones fue el de 65 y más años (42.59%); la zona de residencia con mayor proporción de muertes fue la Urbana (72.22%).

El 29.63% de las defunciones ocurrieron en personas con nivel de educación “primaria incompleta”, nivel de mayor frecuencia. El 51.85% de las muertes registradas pertenecían al Régimen Subsidiado y el 50% de las mismas se presentaron en solteros (25%) y casados (25%).

**Tabla 11.** DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MORTALIDAD, SEGÚN GÉNERO, GRUPO DE EDAD, ZONA DE RESIDENCIA, NIVEL EDUCATIVO Y RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, MOCOA – PUTUMAYO 2005.

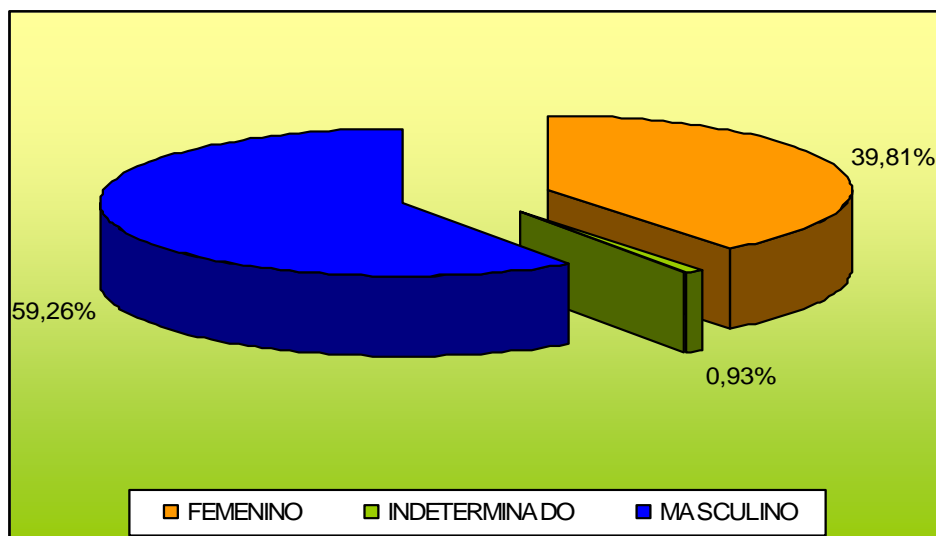
Variable	Defunciones Año 2005	
	No.	Proporción (%)
<b>Género</b>		
FEMENINO	43	39,81
INDETERMINADO	1	0,93
MASCULINO	64	59,26
<b>Total</b>	108	100,00
<b>Grupo de Edad</b>		
Sin Información	6	5,56
< 1 año	13	12,04
1 a 4	0	0,00
05 a 14	1	0,93
15 a 44	32	29,63
45 a 64	10	9,26
65 y más	46	42,59
<b>Total</b>	108	100,00
<b>Zona Residencia</b>		
RURAL	30	27,78
URBANA	78	72,22
Total	108	100,00
<b>Nivel Educativo</b>		
NINGUNO	19	17,59

Variable	Defunciones Año 2005	
	No.	Proporción (%)
NO DILIGENCIADA	6	5,56
PRIMARIA COMPLETA	13	12,04
PRIMARIA INCOMPLETA	32	29,63
SECUNDARIA COMPLETA	11	10,19
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	3,70
SIN INFORMACION	20	18,52
UNIVERSITARIA COMPLETA	2	1,85
UNIVERSITARIA INCOMPLETA	1	0,93
Total	108	100,00
<b>Régimen de Seguridad Social</b>		
CONTRIBUTIVO	26	24,07
IGNORADO	11	10,19
OTRO	2	1,85
SIN DILIGENCIAR	6	5,56
SUBSIDIADO	56	51,85
VINCULADO	7	6,48
Total	108	100,00
<b>Estado Civil</b>		
CASADO	27	25,00
EN UNION LIBRE	14	12,96
NO DILIGENCIADO	9	8,33
SEPARADO/DIVORCIADO	3	2,78
SIN INFORMACION	9	8,33
SOLTERO	27	25,00
VIUDO	19	17,59
Total	108	100,00

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.1. Distribucion de la mortalidad según el género, mocoa - putumayo año 2005.** El 59.26% de las defunciones ocurrieron en hombres y el 39.81% en mujeres. A un 0.93% de las mismas no se pudo determinar el género debido a que correspondió a un feto de 21 semanas de gestación. Grafica 5.

**Grafica 5. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN GÉNERO, MOCOA – PUTUMAYO AÑO 2005.**



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

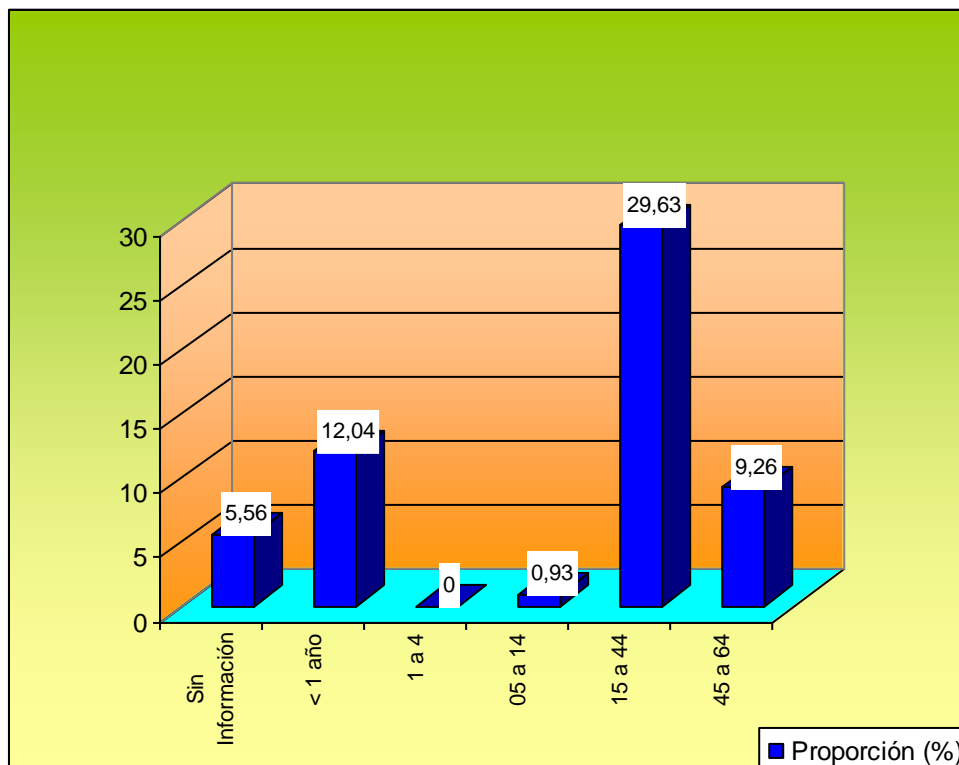
En proporción respecto del total de defunciones registradas en el año 2005 en Mocoa, fueron más frecuentes las defunciones en hombres que en mujeres.

**7.1.2 Distribución de la mortalidad según grupos de edad, mocoa - putumayo año 2005.** La mayor proporción de defunciones se registró para el grupo de 65 años y más (42.59%), seguida del grupo de 15 a 44 años (29.63%), en estos dos grupos de edad se presentaron el 72.22% del total de defunciones. La menor proporción se registró en el grupo de 5 a 14 años (0.93%), seguida de los menores de 1 año (12.04%) y del grupo de 45 a 64 años (9.26%). Vale la pena resaltar que no se registraron defunciones en el grupo de 1a 4 años y el 5.56% de las defunciones no pudo clasificarse por grupo de edad debido a que se marcó la categoría “sin información” en el certificado de defunción.

En proporción respecto del total de defunciones registradas en el año 2005 en Mocoa, la mayor frecuencia para el grupo de 65 y más años y la menor en el

grupo de 5 a 14 años. No se encontró registro de mortalidad para el grupo de 1 a 4 años. Grafica 6.

**Grafica 6.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE EDAD, MOCOA – PUTUMAYO 2005.

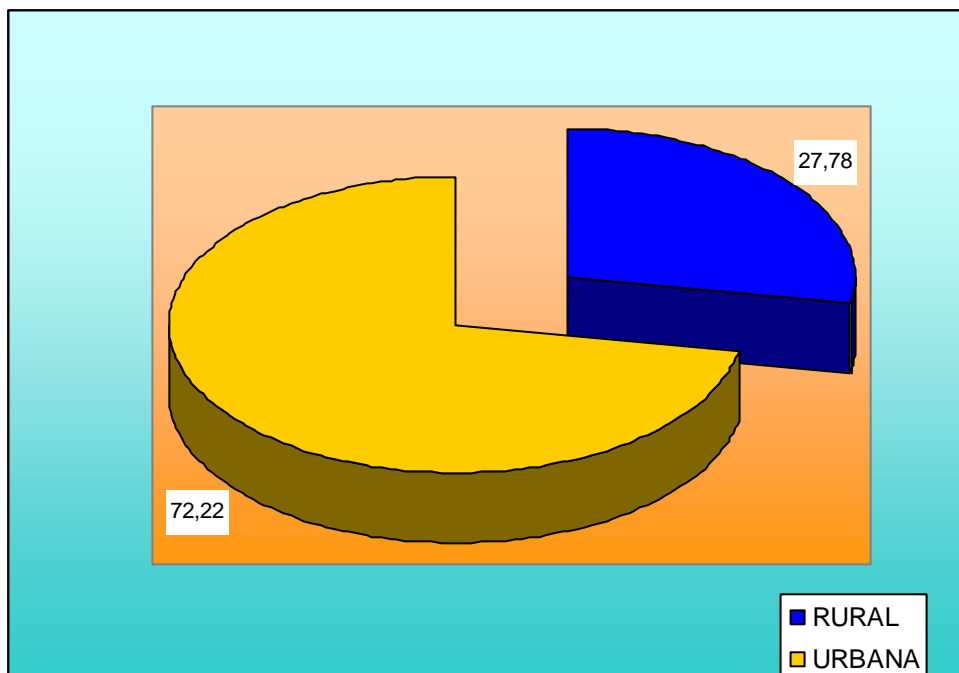


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.3. Distribución de la mortalidad según zona de residencia, mocoa - putumayo año 2005.** Fue mayor la proporción de defunciones ocurridas en habitantes de la zona urbana de Mocoa (72.22%) que de la zona rural (27.78%). Grafica 7.



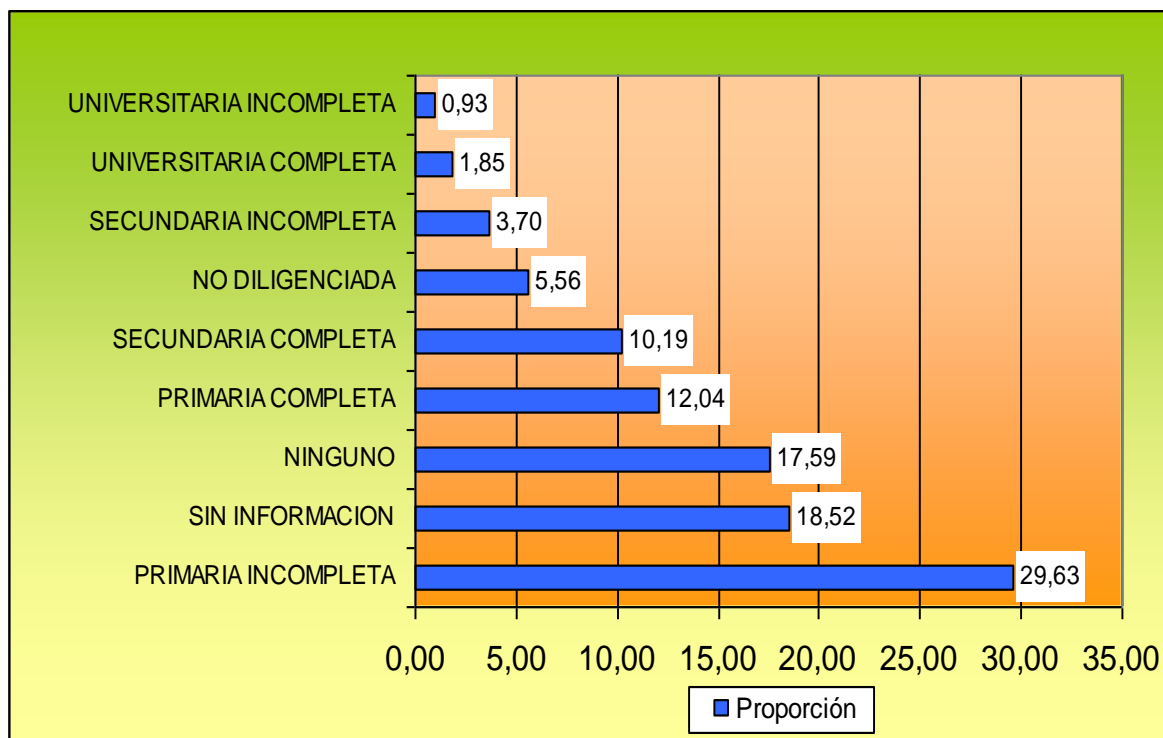
**Grafica 7. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.4. Distribucion de la mortalidad según nivel educativo, mocoa - putumayo año 2005.** En lo referente al nivel educativo se registró mayor proporción de defunciones en habitantes con Primaria Incompleta (29.63%), seguida de Ningún Nivel Educativo (17,59%) y Primaria Completa (12.04%). En suma el 59.26% de las defunciones se presentaron en habitantes del municipio de Mocoa con nivel de educación primaria y con ningún nivel educativo. Las menores proporciones se registraron en niveles educativos superiores completos (1.85%) e incompletos (0.93%) y un 5.56% de las defunciones no se pudo caracterizar en esta variable por no diligenciarse la categoría en el certificado de defunción. Grafica 8.

**Grafica 8. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**

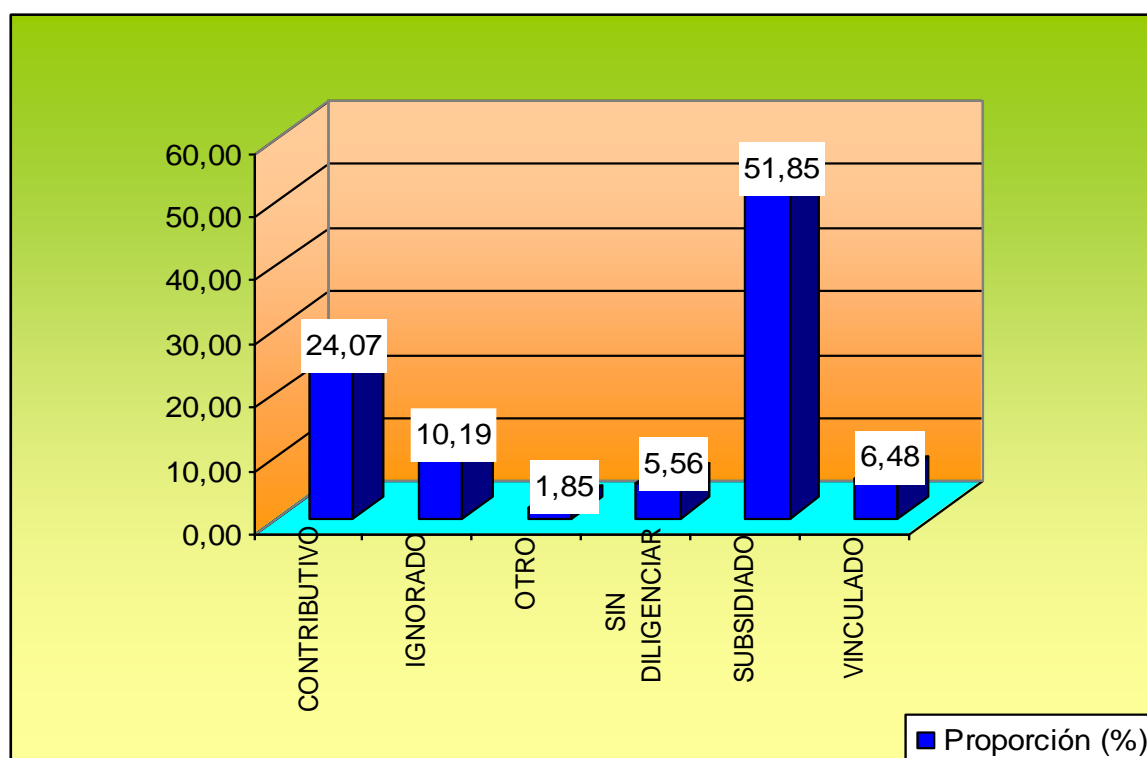


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.5. Distribucion de la mortalidad según regimen de afiliacion al sistema general de seguridad social en salud.** Las defunciones ocurridas en usuarios del Régimen Subsidiado en Mocoa representaron el 51,85% del total de las mismas, seguidas por las registradas en el Régimen Contributivo (24.07%). Las menores proporciones de defunciones se registraron en personas con otro Régimen de Seguridad Social en Salud (1.85%) y en no afiliadas (Vinculados) al Sistema de Seguridad Social en salud, hoy Sistema de Protección Social (6.48%). Un 15.75% del total de las defunciones no se pudo caracterizar en esta variable debido a que se marcó la categoría “ignorado” en un 10.19% de los certificados de defunción y por no diligenciarse el campo en el 5.56% de estos. Grafica 9.

La mayor proporción de defunciones registradas en el municipio de Mocoa durante el año 2005, pertenecían al Régimen Subsidiado y la menor proporción pertenecía a Otro régimen de Seguridad Social en Salud.

**Grafica 9. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**



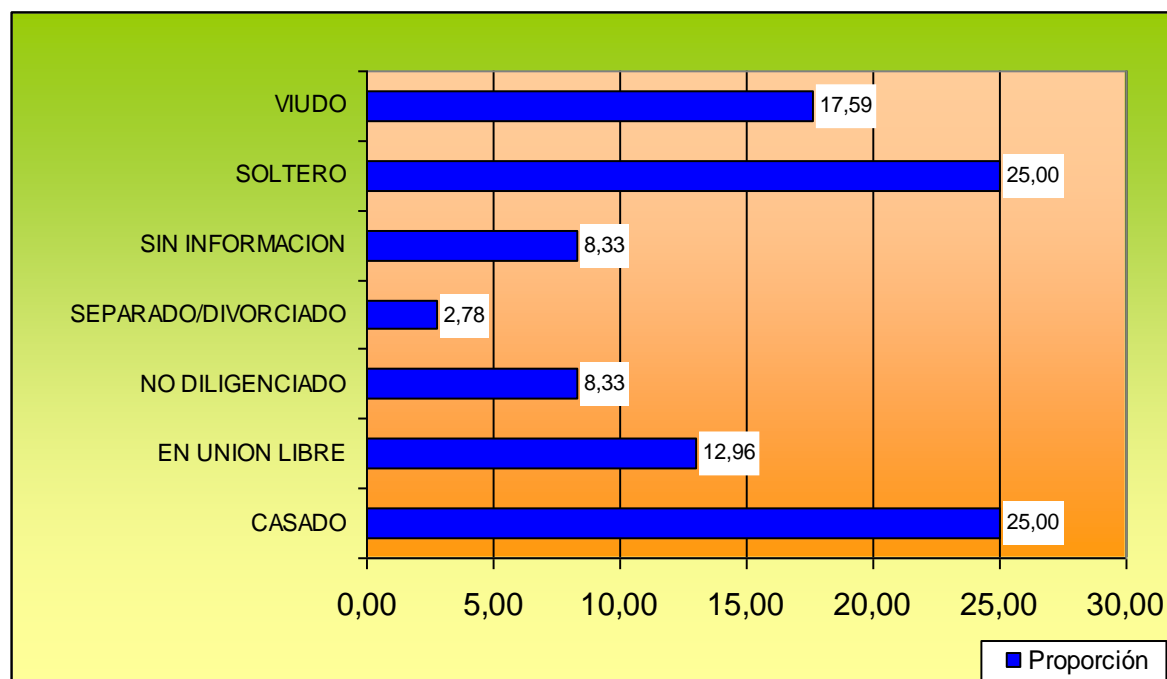
Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.6 Distribución de la mortalidad según estado civil, mocoa - putumayo año 2005.** El 50% de las defunciones ocurridas en Mocoa durante el año 2005, se registraron en Casados (25%) y Solteros (25%); una menor proporción correspondieron al estado civil Viudo (17.59%) y Unión Libre (12.96%).

Un 16.66% de las defunciones no se pudo describir en ninguna de las categorías de la variable “estado civil”; debido que no se diligenció en el Certificado de

Defunción (8.33%) y a haberse marcado la opción “sin información” (8.33%).  
Grafica 10.

**Grafica 10. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN ESTADO CIVIL, MOCOA – PUTUMAYO, 2005.**

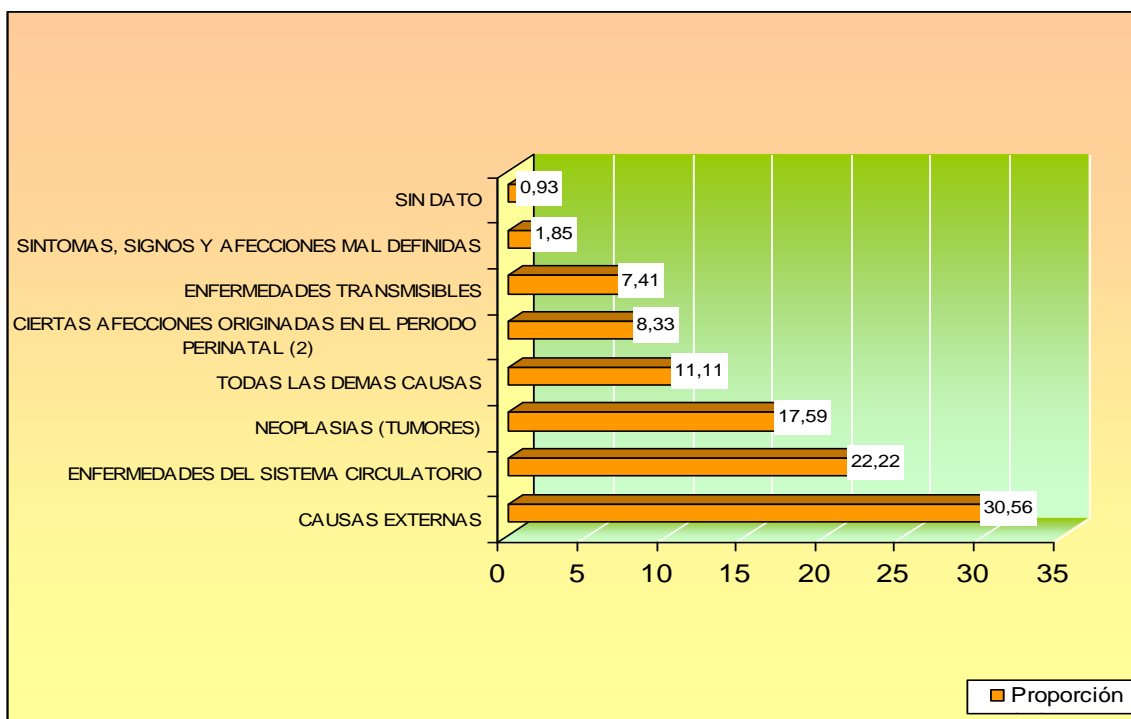


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.7 Grupo de causas de mortalidad lista 666/ops, en mocoa – putumayo año 2005.** La frecuencia de los grupos de causas de mortalidad registrados en orden descendente para el año 2005 en Mocoa - Putumayo fueron: Causas externas (30.56%), Enfermedades del Sistema Circulatorio (22,22%), Neoplasias (Tumores) (17.59%), Todas las demás causas (11.11%), Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8.33%), Enfermedades Transmisibles (7.41%), síntomas, signos y afecciones mal definidas (1.85%). El 0.93% de los certificados de defunción no registró dato. (ANEXO D).

La descripción en proporciones muestra que el grupo de causas de mortalidad más frecuente en Mocoa para el año 2005 fue el de causas externas y en suma junto con las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 52.78% de las defunciones. Las menores proporciones se registraron dentro del grupo de causas de síntomas, signos y afecciones mal definidas (1.85%) y enfermedades transmisibles (7.41%). Grafica 11.

**Grafica 11. DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**

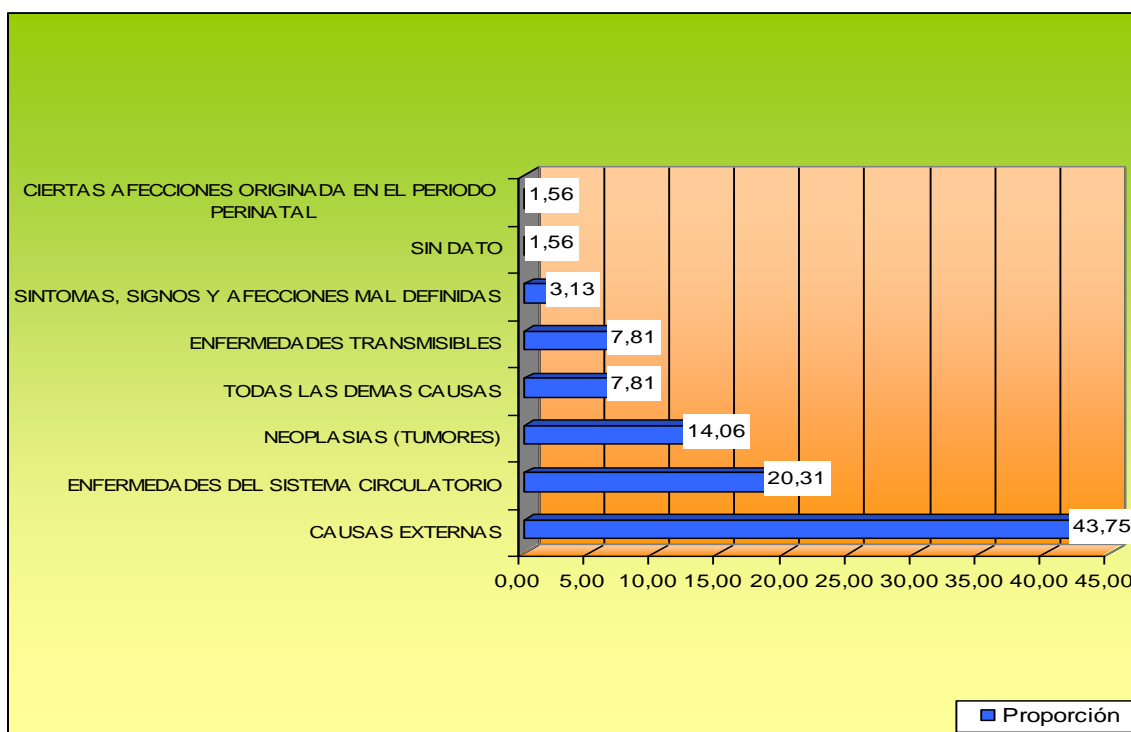


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.7.1 Grupo de causas de mortalidad lista 666/ops, según el género, mocoa - putumayo año 2005.** El total de defunciones registradas para el género fue 64 (59.3%) de 108. El grupo de causas de mortalidad más frecuente en el género masculino para el año 2005 en Mocoa fue el de Causas Externas

(43.8%), seguido de las Enfermedades del Sistema Circulatorio (20.3%) y Neoplasias (14.1%) Tabla 1.; mientras que en el género femenino la mayor proporción de mortalidad se registró por Enfermedades del Sistema Circulatorio (25.6%), seguido del grupo de las Neoplasias (23.3%), Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal (16.3%) y Todas las demás causas (16.3%). (ANEXO E)

**Grafica 12.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL GÉNERO MASCULINO, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.

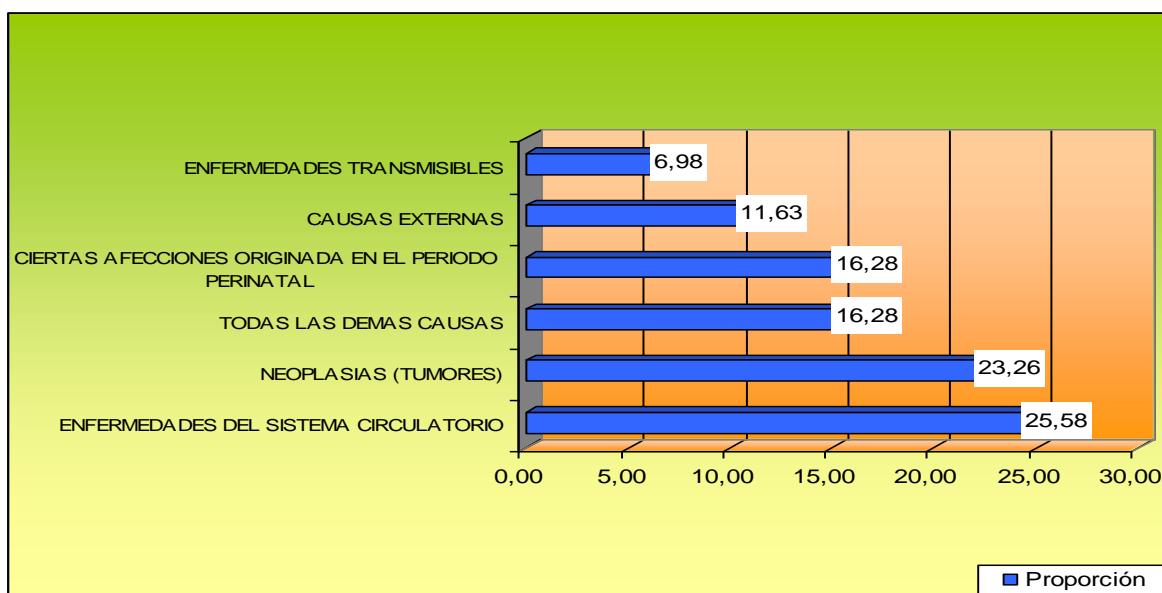


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

En los hombres se registraron siete grupos de causas de mortalidad para el año 2005 en el municipio, mientras que en las mujeres se registraron únicamente seis grupos según el listado 666 de la OPS.

No se pudo establecer la causa de mortalidad para una defunción en hombres; por no haberse diligenciado el diagnóstico CIE-X en el Certificado de Defunción.

**Grafica 13.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL GÉNERO FEMENINO, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

Las menores frecuencias en el género masculino se registraron para los grupos de causas: Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (1.6%); Síntomas, Signos y Enfermedades mal definidas (3.1%) y Enfermedades Transmisibles (7.8%), Figura 8; por otra parte, en el género femenino las menores proporciones se registraron en los grupos de: Causas Externas (11.6%) y Enfermedades Transmisibles (7.0%). Grafica 13.

Siguiendo el orden en la frecuencia de los grupos de causa de mortalidad en Mocoa durante el año 2005, las causas externas representan la mayor proporción (30.6%) y fueron más frecuentes en hombres (84.8%) que en mujeres (15.2%). En orden descendente le siguen: las Enfermedades del Sistema Circulatorio (22.2%) las cuales presentaron valores superiores en hombres (54.2%) que en mujeres (45.8%); las Neoplasias (17.6%) fueron más frecuentes en mujeres (52.6%) que en hombres (47.4%); todas las demás causas (11.1%) con mayor proporción en mujeres (58.3%) que en hombres (41.7%); Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8.3%) con mayores valores en mujeres (77.8%) que en hombres (11.1%); Las enfermedades transmisibles (7.4%) fueron más frecuentes en hombres (62.5%) que en mujeres (37.5%) y finalmente los Síntomas, Signos y Afecciones Mal Definidas (1.9%) únicamente se presentaron en hombres (100.0%). Tabla 12



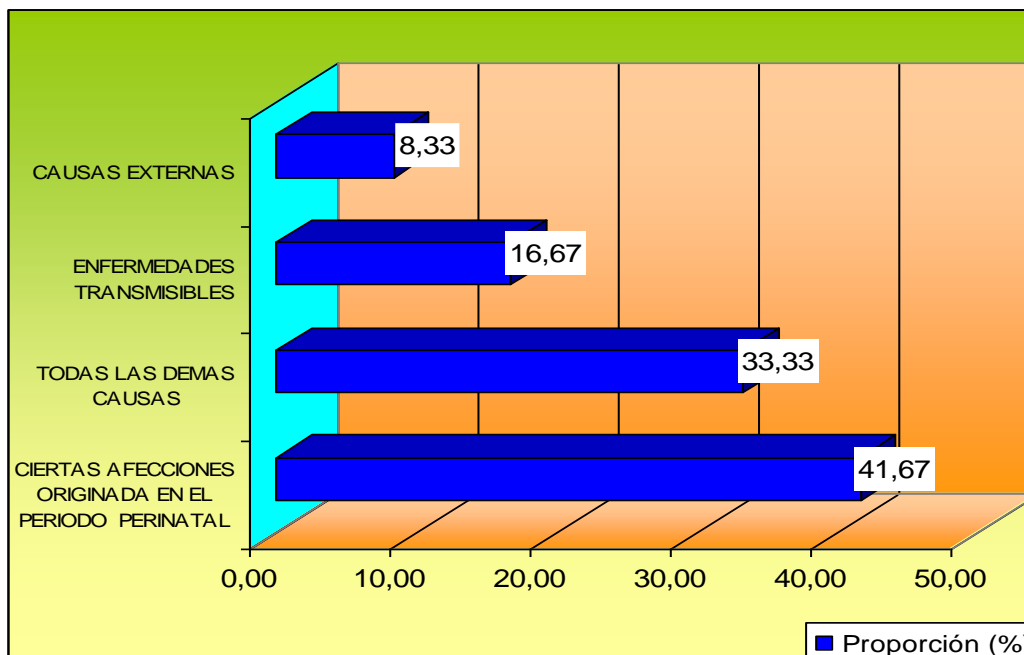
**Tabla 12. CUADRO COMPARATIVO POR GÉNERO SEGÚN CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN EL GÉNERO. LISTA 666/OPS. MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	FEMENINO	INDETERMINADO	MASCULINO	TOTAL
CAUSAS EXTERNAS	5	0	28	33
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	7	1	1	9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	11	0	13	24
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3	0	5	8
NEOPLASIAS (TUMORES)	10	0	9	19
SIN DATO	0	0	1	1
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	0	0	2	2
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	7	0	5	12
TOTAL	43	1	64	108

**7.1.7.2 Mortalidad por grupo de causas lista 666/ops según grupo de edad, mocoa año 2005.** Se registraron cuatro grupos de causas de la lista 666/OPS, en este grupo de edad y 13 defunciones (12.04%) de las 108.

El Grupo de Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal fue el de mayor proporción en el total de las defunciones en los menores de 1 año, en el Municipio durante el año 2005 (46.15%), seguido de Todas las demás causas (30.77%), enfermedades transmisibles (15.38%) y finalmente las causas externas (7.69%).

**Grafica 14.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD PARA LOS MENORES DE 1 AÑO, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

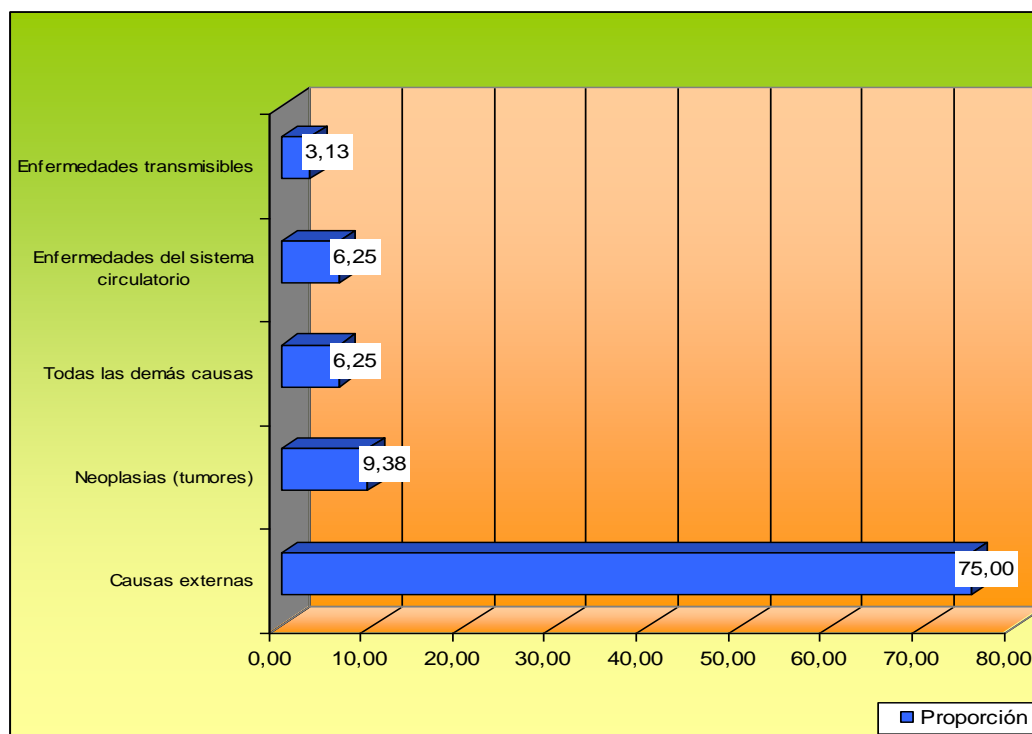
Solamente se registró una defunción en el grupo de 5 a 14 años representando el 0.9% del total de las mismas (108). El único grupo de causas de mortalidad registrada en este grupo fue el de Enfermedades Transmisibles (100.00%), con una frecuencia de 1. Tabla 13

Por otra parte se presentaron durante el mismo año 32 defunciones en el grupo de 15 a 44 años, las cuales representaron el 29.63% del total (108). Tabla 13.

Se registraron 5 grupos de causas de mortalidad en este grupo de edad según lista 666/OPS. Las causas externas representaron el 75.00% del total, seguidas por las Neoplasias (9.38%); todas las demás causas (6.25%); enfermedades del sistema circulatorio (6.25%) y enfermedades transmisibles (3.13%). Tabla 4.

Es importante considerar la alta frecuencia (75.0%) en la ocurrencia de defunciones por causas externas en este grupo y el lugar preponderante en proporción que ocupa respecto de los demás grupos de causas que alcanzan únicamente en suma el 25.0% Figura 11. Debe tenerse presente que el total de defunciones por causas externas registradas para Mocoa en el 2005 fue de 33 y 24 ocurrieron en este grupo de edad es decir el 72.7%. Tabla 13.

**Grafica 15. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD PARA LOS DE 15 A 44 AÑOS, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOCA – PUTUMAYO 2005.**



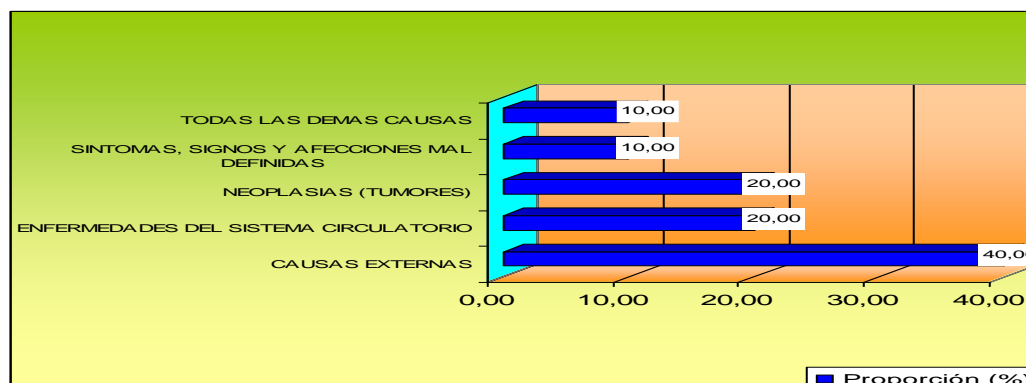
Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

Se registraron 5 grupos de causas de mortalidad en el grupo de edad de 45 a 64 años. Las defunciones en este grupo representaron el 9.3% del total de defunciones (10 de 108).

Las causas externas representaron el 40.0% del total de las defunciones registradas en el grupo de durante el 2005 en Mocoa, Figura 12; seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio (20.0%); las Neoplasias (20.0%), Signos y Síntomas mal definidos (10.0%) y todas las demás causas (10.0%) ANEXO I.

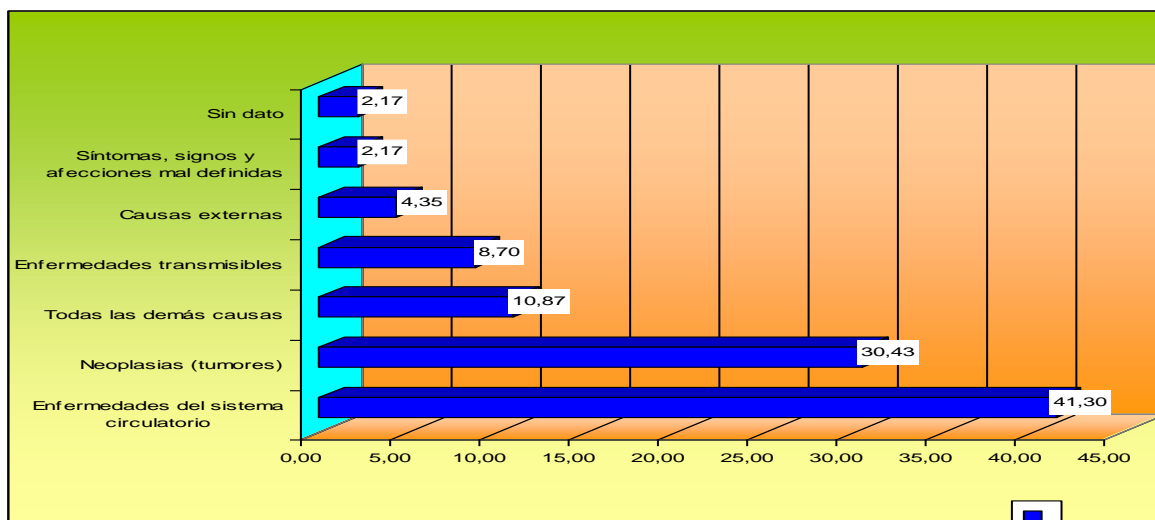
Respecto del total de grupos de causas en estas edades no se registraron defunciones por enfermedades transmisibles. Tabla 13.

**Grafica 16. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD 45 A 64 AÑOS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

En el grupo de 65 y más años se presentaron 46 defunciones del total (108), representando el 42.6%, Cuadro 4. Se registraron seis grupos de causas de mortalidad según lista 666/OPS. Anexo J. Las enfermedades del sistema circulatorio representaron el 41.30% (19) del total, seguido por el grupo de las Neoplasias 30.43% (14). Grafica 17. En orden descendente la tercera causa de mortalidad en estas edades según clasificación por grupos del listado 666/OPS fueron todas las demás causas 10.87% (5); seguidas por las enfermedades transmisibles 8.70% (4), las causas externas 4.35% (2) y los síntomas y signos mal definidos 2.17% (1).

**Grafica 17. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD 65 Y MÁS AÑOS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**Tabla 13. CUADRO COMPARATIVO GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN EL GRUPO DE EDAD. LISTA 666/OPS. MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Sin Dato	> de 1 año	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y más	TOTAL
CAUSAS EXTERNAS	2	1	0	24	4	2	33
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	3	6	0	0	0	0	9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1	0	0	2	2	19	24
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	0	2	1	1	0	4	8
NEOPLASIAS (TUMORES)	0	0	0	3	2	14	19
SIN DATO	0	0	0	0	0	1	1
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	0	0	0	0	1	1	2
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	0	4	0	2	1	5	12
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>10</b>	<b>46</b>	<b>108</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

Del total de defunciones por causas externas (33 de 108) en proporción, la mayor frecuencia se registró en el grupo de 15 a 44 años (72.7%) y la menor en los menores de 1 año (3.0%). En el grupo de 5 a 14 años no se registraron defunciones por esta causa. Tabla 13.

Coherentemente las defunciones por afecciones durante el período perinatal (8.3% del total de defunciones (108)) se registraron únicamente en los menores de 1 año.

El 22.2% del total de defunciones (108) fue por el grupo de causas correspondientes a enfermedades del sistema circulatorio; su mayor frecuencia se registró en el grupo de 65 años y más (79.2%) y no fueron causa de mortalidad en menores de 15 años.

Las enfermedades transmisibles representaron el 7.4% del total de defunciones (108) y fue el grupo de causas más frecuente en el grupo de edad de 65 y más años. No se registraron defunciones por este grupo de causas en las edades entre 45 y 64 años.

Las Neoplasias (17.6% del total defunciones (108)); fueron el grupo de causas más frecuente en los mayores de 64 años. No fueron grupos de causa de mortalidad en menores de 15 años.

Los síntomas, signos y afecciones mal definidas (1.9% del total de defunciones), se registraron en igual proporción en los grupos de edades entre 45 y 64 años (50%) y en los mayores de 64 años (50%).

El grupo de todas las demás causas representaron el 11.1% del total de defunciones (108) y fue el más frecuente en el grupo de edad de 65 y más años (41.7%).

**7.1.7.3 Mortalidad por grupo de causas lista 666/ops según zona de residencia. mocoa – putumayo, año 2005.** En proporción se registraron mayor número de defunciones en habitantes del municipio de Mocoa de la zona urbana (72.2%) que de la zona rural (27.8%). Tabla 14

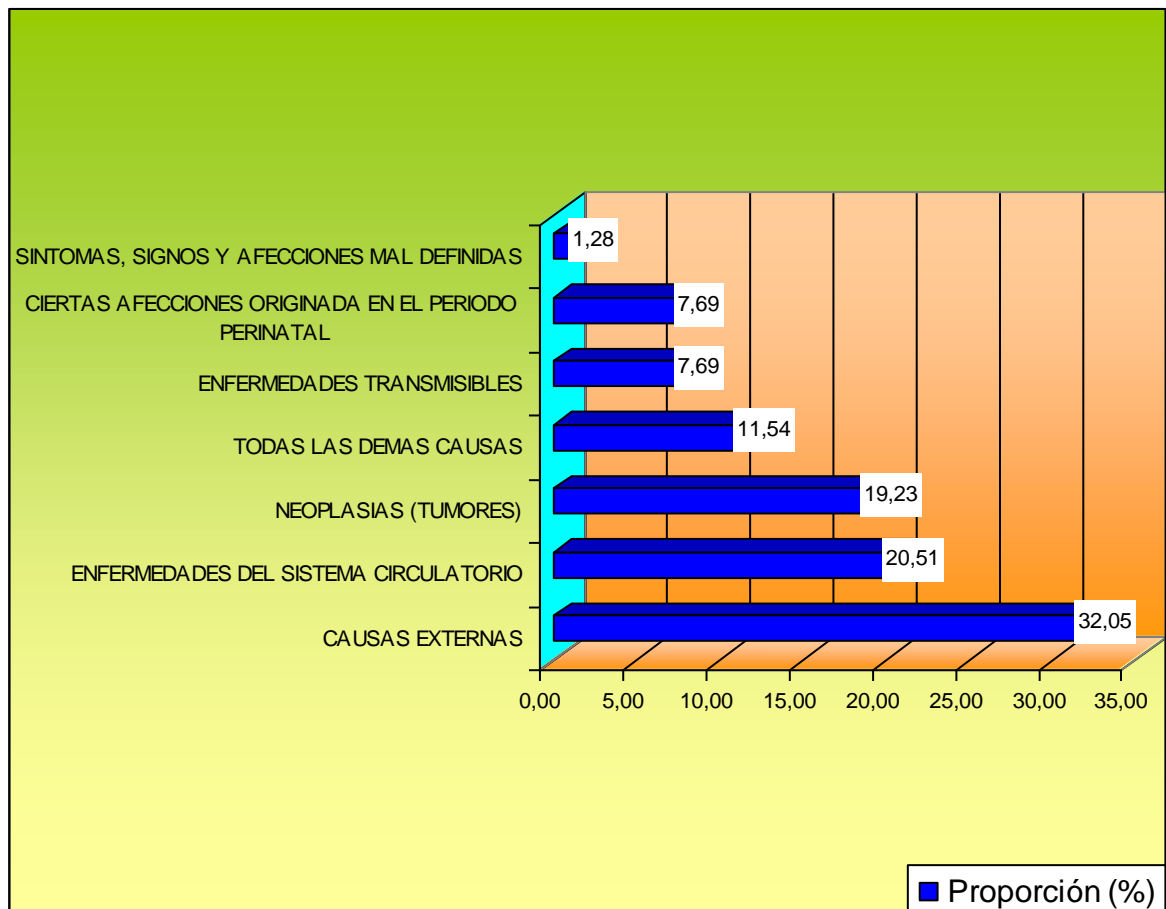
La distribución de los grupos de causas registradas en las defunciones en la zona urbana de Mocoa, fue la siguiente: Las causas externas representaron la mayor proporción (32.05%), Figura 15, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio (20.51%) y las Neoplasias (19.23%). Anexo K.

En menores proporciones se registraron en la zona urbana defunciones por enfermedades transmisibles (7.69%), afecciones originadas en el período perinatal (7.69%) y síntomas, signos y afecciones mal definidas (1.28%). Anexo k

El 27.8% del total de las defunciones en Mocoa para el año 2005, correspondieron a residentes en la zona rural, Cuadro 5. La distribución de las mismas en esta zona por grupo de causa fue la siguiente: Las mayores proporciones se registraron en el grupo de causas de enfermedades del sistema circulatorio y en las causas externas 26.67% Tabla 8; seguida de las neoplasias 13.33%. Las menores proporciones fueron para Todas las demás causas (10%), afecciones originadas en el período perinatal (10%), enfermedades transmisibles (6.67%) y signos síntomas y afecciones mal definidas (3.33%). Grafica 16

La tabla 13, permitió observar al comparar las proporciones de los grupos de causas tanto en la zona urbana como en la rural, que en todos estos grupos fue mayor la proporción de defunciones en la zona urbana que en la rural excepto para signos y síntomas mal definidos en donde la proporción fue igual para ambas zonas.

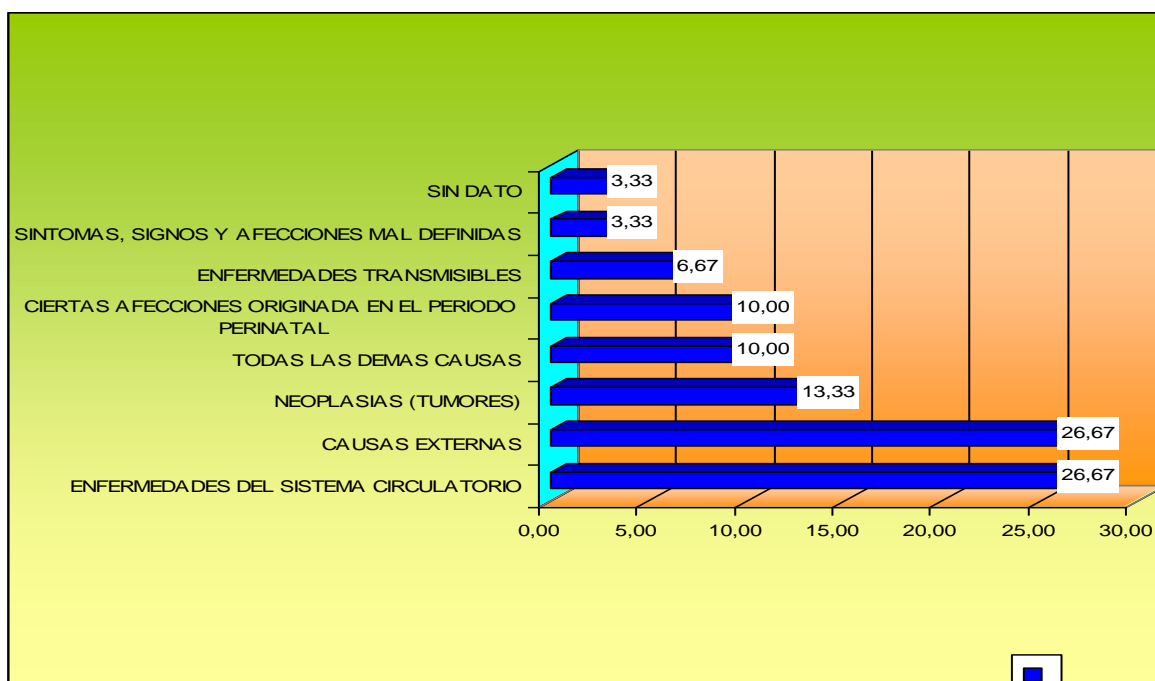
**Grafica 18.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD PARA LA ZONA URBANA, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.



**Grafica 19.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD PARA LA ZONA RURAL, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOCHA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**Tabla 14.** CUADRO COMPARATIVO GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. LISTA 666/OPS. MOCOCHA – PUTUMAYO, AÑO 2005.

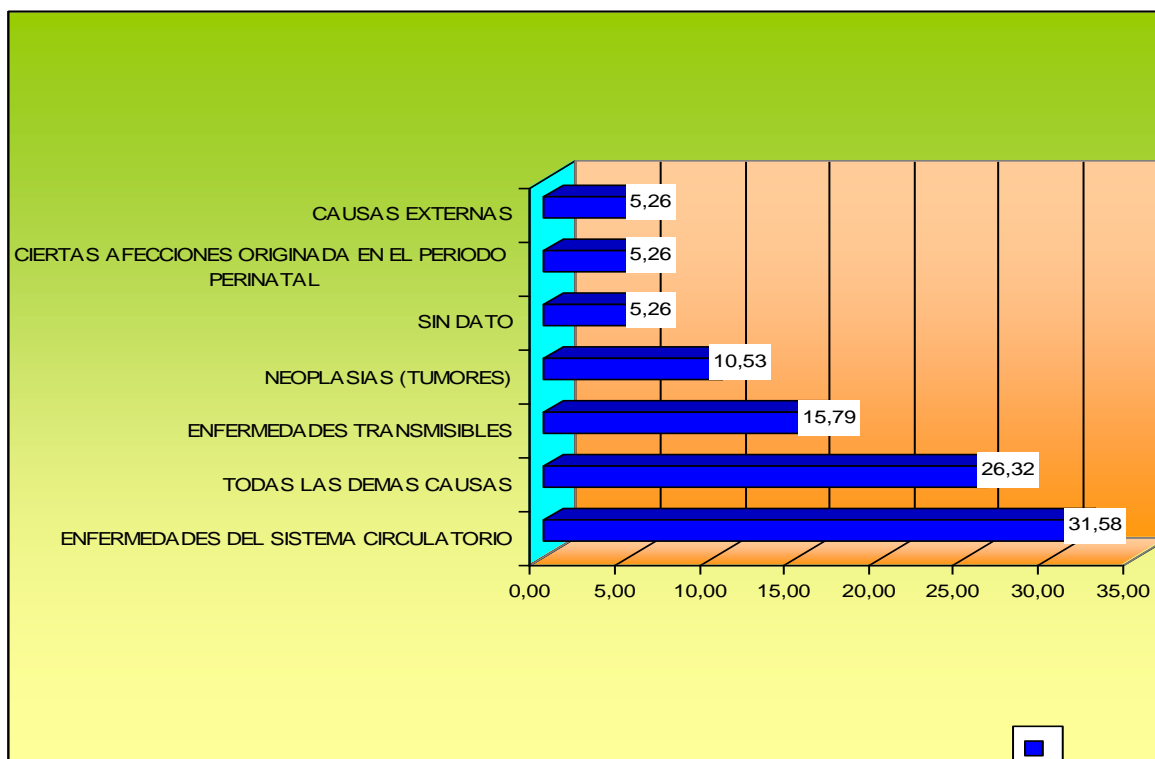
Grupo de Causas Lista 666/OPS	RURAL	URBANA	TOTAL
CAUSAS EXTERNAS	8	25	33
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	3	6	9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	8	16	24
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	2	6	8
NEOPLASIAS (TUMORES)	4	15	19
SIN DATO	1	0	1
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1	1	2
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	3	9	12
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>78</b>	<b>108</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.7.4 Mortalidad por grupo de causas lista 666/ops según nivel de escolaridad. mocoa – putumayo año 2005.** Respecto del total de defunciones registradas durante el año (108), el 17.6% ocurrieron en habitantes de Mocoa sin ningún nivel de escolaridad, Cuadro 6. De este porcentaje el 31.58% de las muertes se registraron dentro del grupo de causas de las enfermedades del sistema circulatorio, seguido por todas las demás causas (26.32%) y las enfermedades transmisibles (15.79%). Grafica 20.

Las Neoplasias (10.53%) y las causas externas (5.26%) representaron las menores frecuencias, dentro de esta categoría de la variable nivel de escolaridad.

**Grafica 20.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: NUNGUNO, MOCOA – PUTUMAYO 2005.

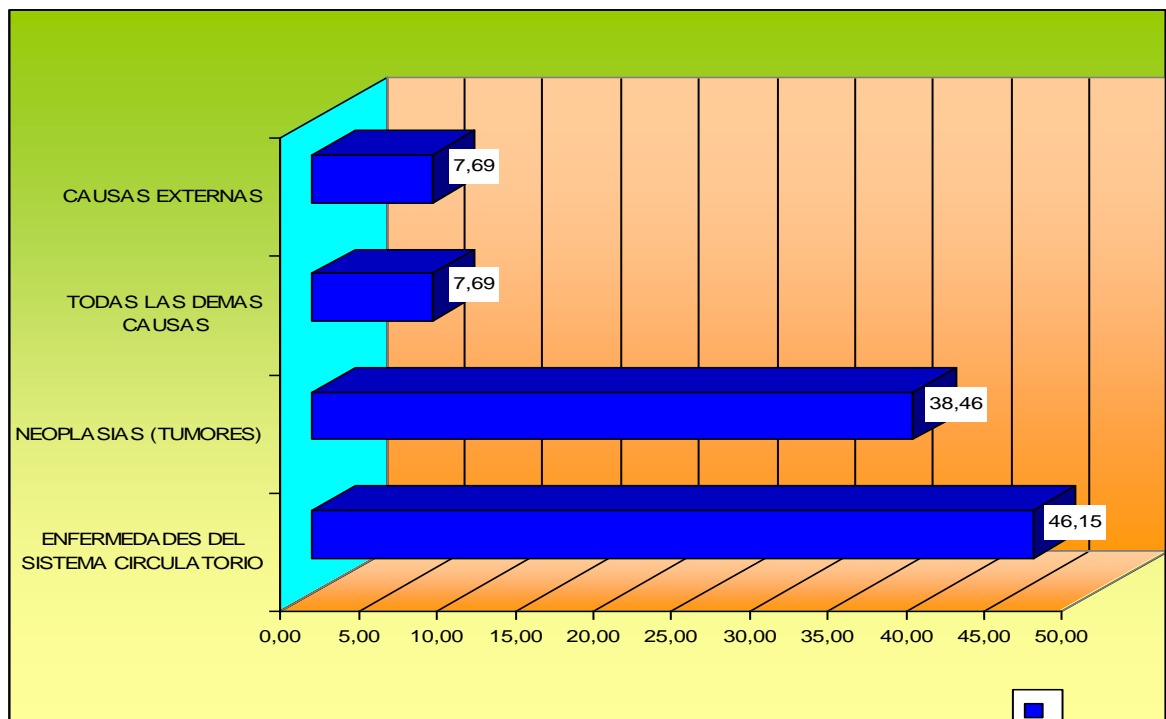


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El 12% del total de defunciones (108) se registraron en habitantes de Mocoa con nivel de escolaridad: Primaria Completa. Tabla 15.

Dentro de la categoría primaria completa de la variable nivel educativo, se observó que la distribución de las defunciones por grupo de causas fue mayor en proporción para las enfermedades del sistema circulatorio (46.15%), Figura seguida de las neoplasias y tumores (38.46%). Todas las demás causas (7.69%) y las causas externas (7.69%) fueron las menos frecuentes dentro de esta categoría. ANEXO N

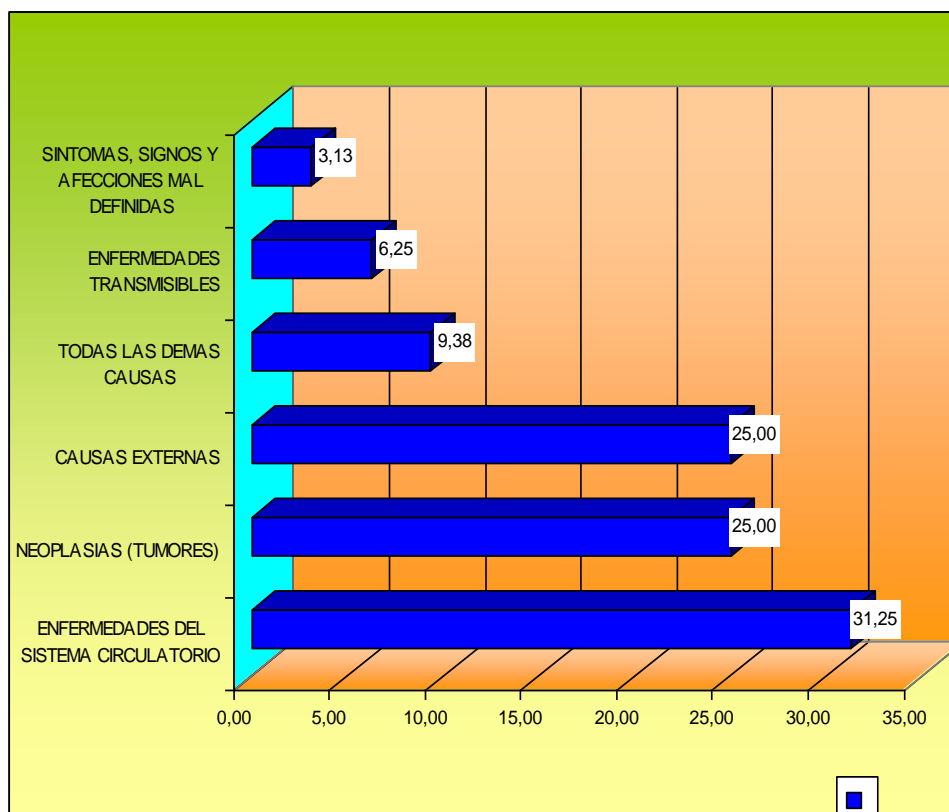
**Grafica 21.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA. MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El 29.6 % del total de defunciones registradas en el año correspondieron a habitantes de Mocoa con escolaridad primaria incompleta, en este nivel educativo se presentó la mayor proporción de defunciones respecto de las demás categorías de la variable. Cuadro 6. La distribución por grupo de causas de mortalidad en esta categoría fue la siguiente: fue mayor la proporción de muertes por enfermedades del sistema circulatorio (46.15%) Grafica 20; y por Neoplasias (38.46%) ANEXO N.

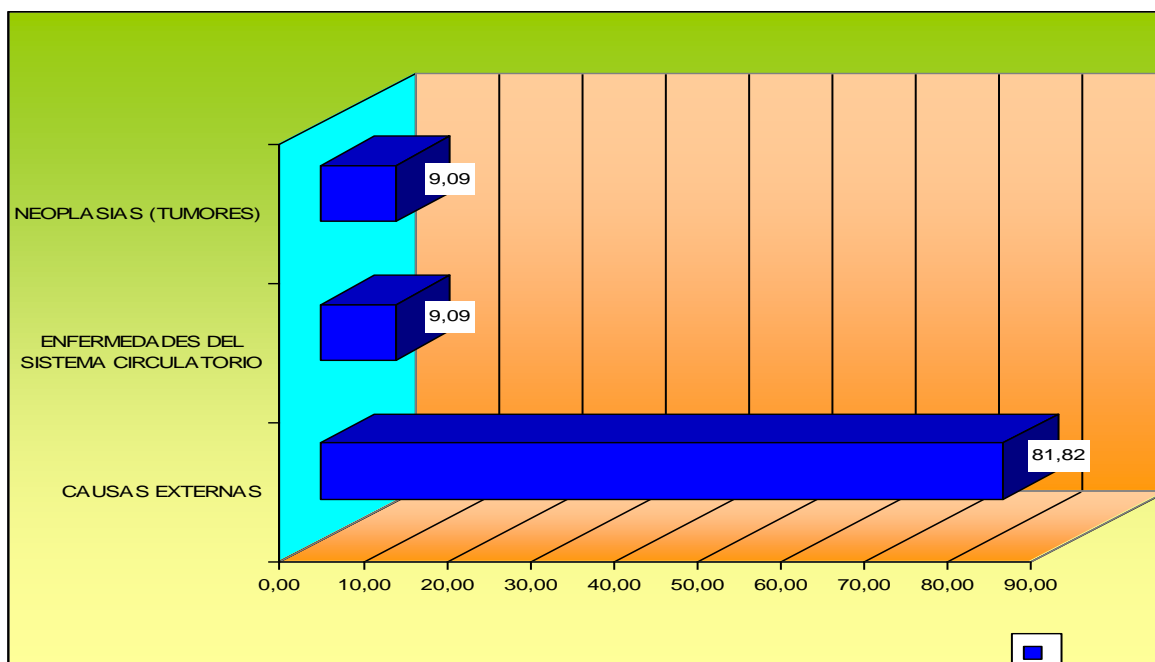
**Grafica 22.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA. MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El 10.2% del total de defunciones (108) registraron un nivel educativo de secundaria completa, Cuadro 6. La distribución de los grupos de causas de mortalidad en esta categoría de la variable, mostró mayor frecuencia de defunciones por causas externas (81.82%), Tabla 12. Los grupos de causas menos frecuentes fueron Enfermedades del Sistema Circulatorio y Neoplasias (9.09% respectivamente). Grafica 22.

**Grafica 23.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS PARA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD: SECUNDARIA COMPLETA. MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El único Grupo de Causas de Mortalidad registradas en personas con Secundaria Incompleta, fue el de Causas Externas (100.0%), con una frecuencia de 4. El total de las defunciones registradas en este nivel educativo representó el 3.7% del total de las defunciones (108). Tabla 17

Así mismo el único Grupo de Causas de Mortalidad registradas en personas con Universitaria Completa fue el de Causas Externas (100.0%), con una frecuencia de 2. El total de las defunciones registradas en este nivel educativo representó el 1.9% del total de las defunciones (108). Tabla 17

El único Grupo de Causas de Mortalidad registradas en personas con Universitaria Incompleta fue el de las Causas Externas (100.0%), con una frecuencia de 1. El total de las defunciones registradas en este nivel educativo representó el 0.9% del total de las defunciones (108). Tabla 17

En general las defunciones por causas externas (24.2% de 33), enfermedades del sistema circulatorio (41.7% de 24) y las neoplasias (42.1% de 19) fueron más frecuentes en personas con primaria incompleta; las defunciones por enfermedades transmisibles fueron más frecuentes en personas sin ningún nivel educativo (37.5%), y las defunciones por todas las demás causas fueron más frecuentes en personas sin ningún nivel educativo (41.7%). Tabla 17

El único nivel educativo que se registró correspondiente a la madre para una de las 9 defunciones ocurridas en el período perinatal fue “ninguno” (11.1%); el 88.9% restante no se pudo clasificar en esta categoría por no diligenciarse en el certificado de defunción y por no contar con la información.

**Tabla 15.** CUADRO COMPARATIVO GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD. LISTA 666/OPS. MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.

Grupo de Causas Lista 666/OPS	NINGUNO	NO DILIGENCIADA	PRIMARIA COMPLETA	PRIMARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SIN INFORMACION	UNIVERSITARIA COMPLETA	UNIVERSITARIA INCOMPLETA	TOTAL
CAUSAS EXTERNAS	1	0	1	8	9	4	7	2	1	33
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	1	4	0	0	0	0	4	0	0	9
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	6	0	6	10	1	0	1	0	0	24
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3	1	0	2	0	0	2	0	0	8
NEOPLASIAS (TUMORES)	2	0	5	8	1	0	3	0	0	19
SIN DATO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	5	1	1	3	0	0	2	0	0	12
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>108</b>

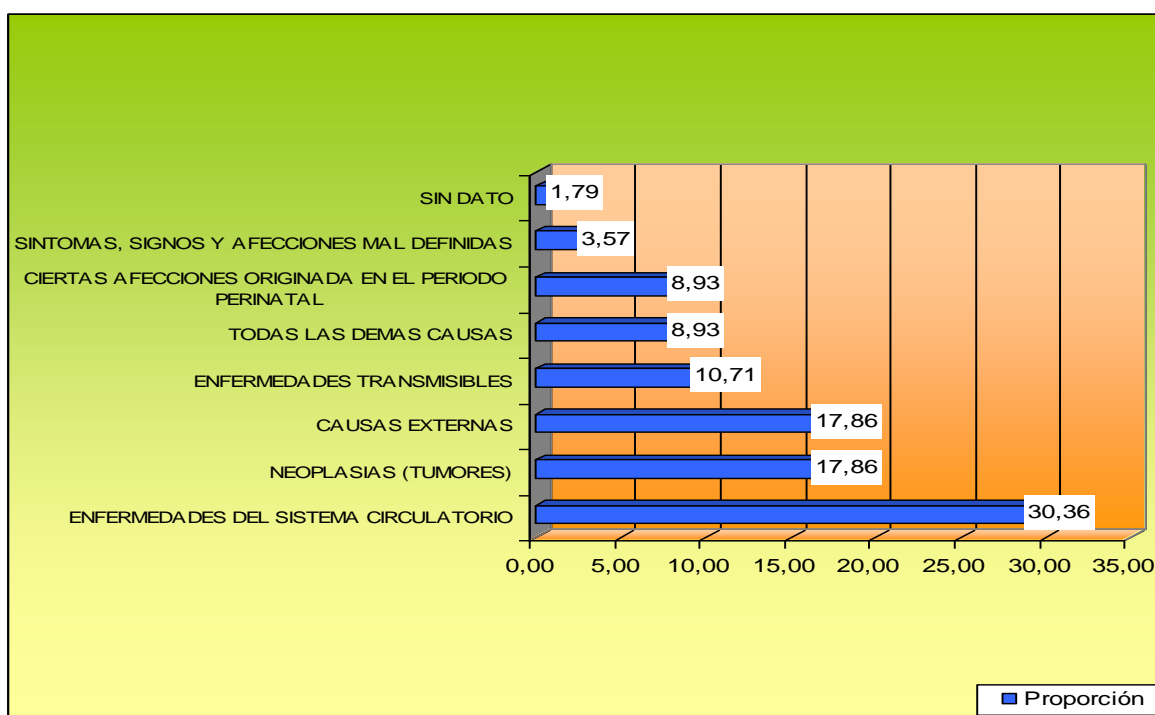
Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**7.1.7.5 Mortalidad por grupo de causas lista 666/ops según regimen de afiliacion al sistema general de seguridad social.** El 51.9% del total de las defunciones (108) registradas en habitantes del municipio de Mocoa durante el año 2005 pertenecían al Régimen Subsidiado. Tabla18

La distribución por grupos de causa de mortalidad en el Régimen subsidiado presentó mayor frecuencia de muertes por enfermedades del sistema circulatorio

(30.36%); seguida por las Neoplasias (17.86%) y las causas externas (17.86%). Se presentaron en menores proporciones defunciones por Enfermedades Transmisibles (10.71%), Todas las demás causas, afecciones originadas en el período Perinatal (8.93% respectivamente) y Síntomas signos y afecciones mal definidas (1.79%). ANEXO P Y Grafica 24

**Grafica 24.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOCA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

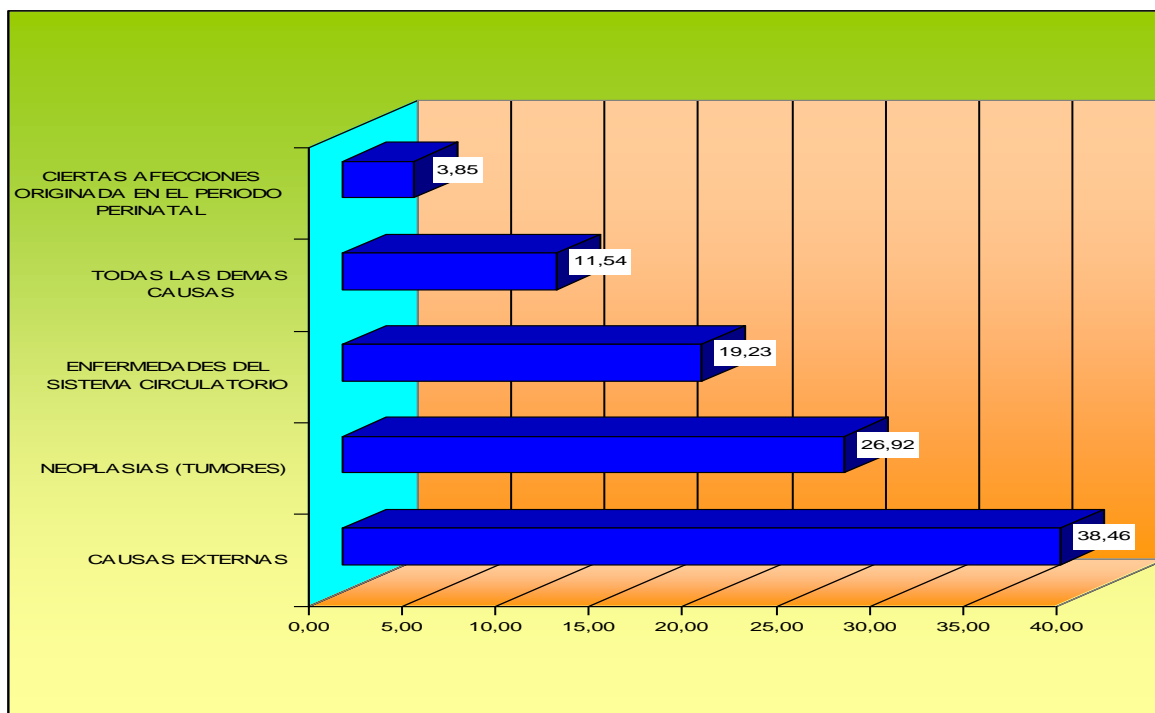
El 24.1% del total de las defunciones (26 de 108) registradas en habitantes del municipio de Mocoa durante el año 2005 pertenecían al Régimen Contributivo.

Tabla 18



En proporción del total de grupos de causas de mortalidad registrados en este régimen de seguridad social, las causas externas fueron las más frecuente (38.46%), seguidas por las Neoplasias (26.92%) y las enfermedades del Sistema Circulatorio (19.23%). Las menores proporciones se registraron en los grupos de todas las demás causas (3.85%) y el de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (3.85%).

**Grafica 25. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**

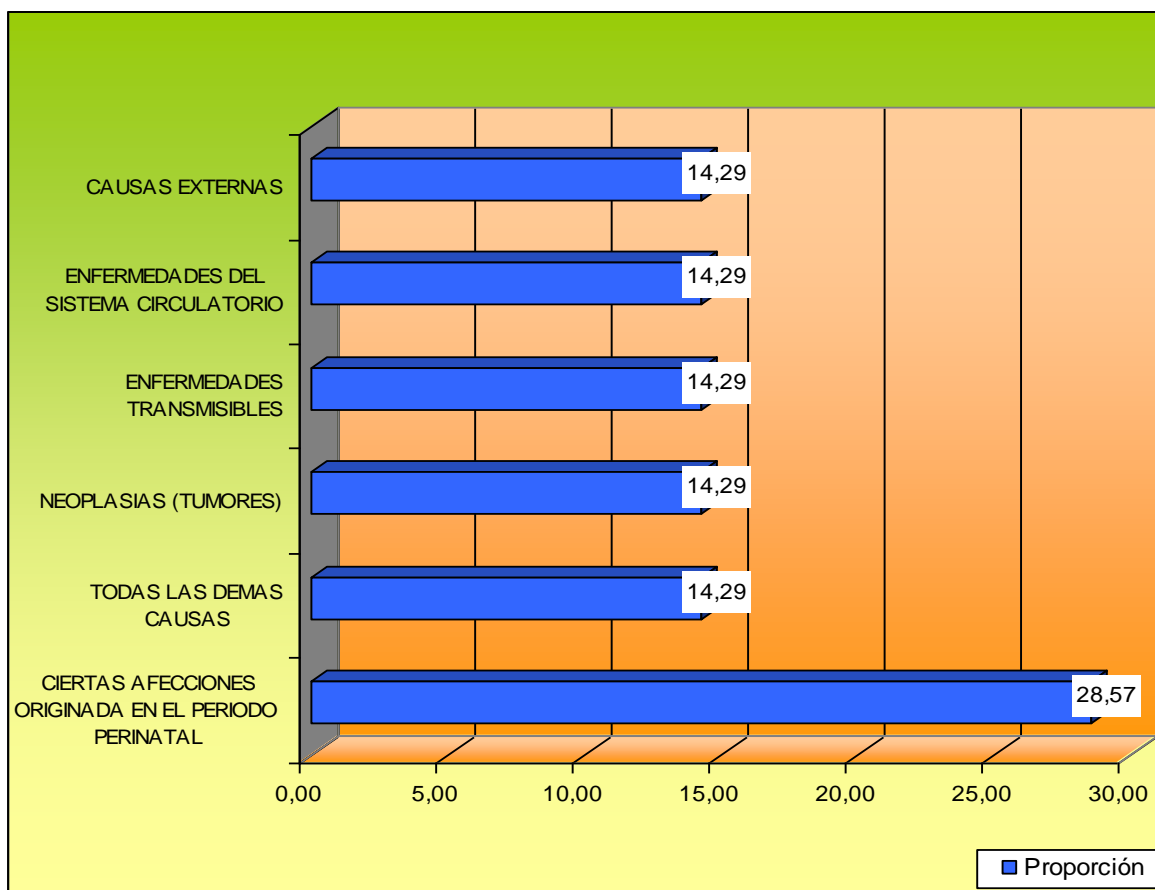


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El 6.5% del total de defunciones (7 de 108) para el mismo período en el Municipio, pertenecían a no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Vinculados). Tabla18

El grupo más frecuente de causas de mortalidad en los vinculados fue el de Ciertas Afecciones originadas en el período perinatal (28.57%). Las menores proporciones se registraron para los grupos: Todas las demás causas, Neoplasias, Enfermedades Transmisibles, Enfermedades del Sistema circulatorio y las Causas Externas (14.29% respectivamente). Anexo P y Grafica 26.

**Grafica 26.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN VINCULADOS, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

Los grupos de causas de mortalidad registrados en afiliados a otro régimen de seguridad social en salud, en Mocoa durante el año 2005 fueron Las Causas

Externas (50.0%) y Todas las demás causas (50.0%). Con una Frecuencia total de 2 defunciones. El total de defunciones en afiliados a otro régimen de seguridad social fue de 2 es decir el 1.85% de 108.

**Tabla 16. CUADRO COMPARATIVO GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. LISTA 666/OPS. MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	CONTRIBUTIVO	IGNORADO	OTRO	SIN DILIGENCIAR	SUBSIDIADO	VINCULADO	TOTAL
<b>CAUSAS EXTERNAS</b>	10	9	1	2	10	1	33
Fila %	30,3	27,3	3,0	6,1	30,3	3,0	100,0
Columna %	38,5	81,8	50,0	33,3	17,9	14,3	30,6
<b>CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL</b>	1	0	0	1	5	2	9
Fila %	11,1	0,0	0,0	11,1	55,6	22,2	100,0
Columna %	3,8	0,0	0,0	16,7	8,9	28,6	8,3
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>	5	1	0	0	17	1	24
Fila %	20,8	4,2	0,0	0,0	70,8	4,2	100,0
Columna %	19,2	9,1	0,0	0,0	30,4	14,3	22,2
<b>ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>	0	0	0	1	6	1	8
Fila %	0,0	0,0	0,0	12,5	75,0	12,5	100,0
Columna %	0,0	0,0	0,0	16,7	10,7	14,3	7,4
<b>NEOPLASIAS (TUMORES)</b>	7	0	0	1	10	1	19
Fila %	36,8	0,0	0,0	5,3	52,6	5,3	100,0
Columna %	26,9	0,0	0,0	16,7	17,9	14,3	17,6
<b>SIN DATO</b>	0	0	0	0	1	0	1
Fila %	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,9
<b>SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS</b>	0	0	0	0	2	0	2
Fila %	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	1,9
<b>TODAS LAS DEMAS CAUSAS</b>	3	1	1	1	5	1	12
Fila %	25,0	8,3	8,3	8,3	41,7	8,3	100,0
Columna %	11,5	9,1	50,0	16,7	8,9	14,3	11,1
<b>TOTAL</b>	26	11	2	6	56	7	108
Fila %	24,1	10,2	1,9	5,6	51,9	6,5	100,0
Columna %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

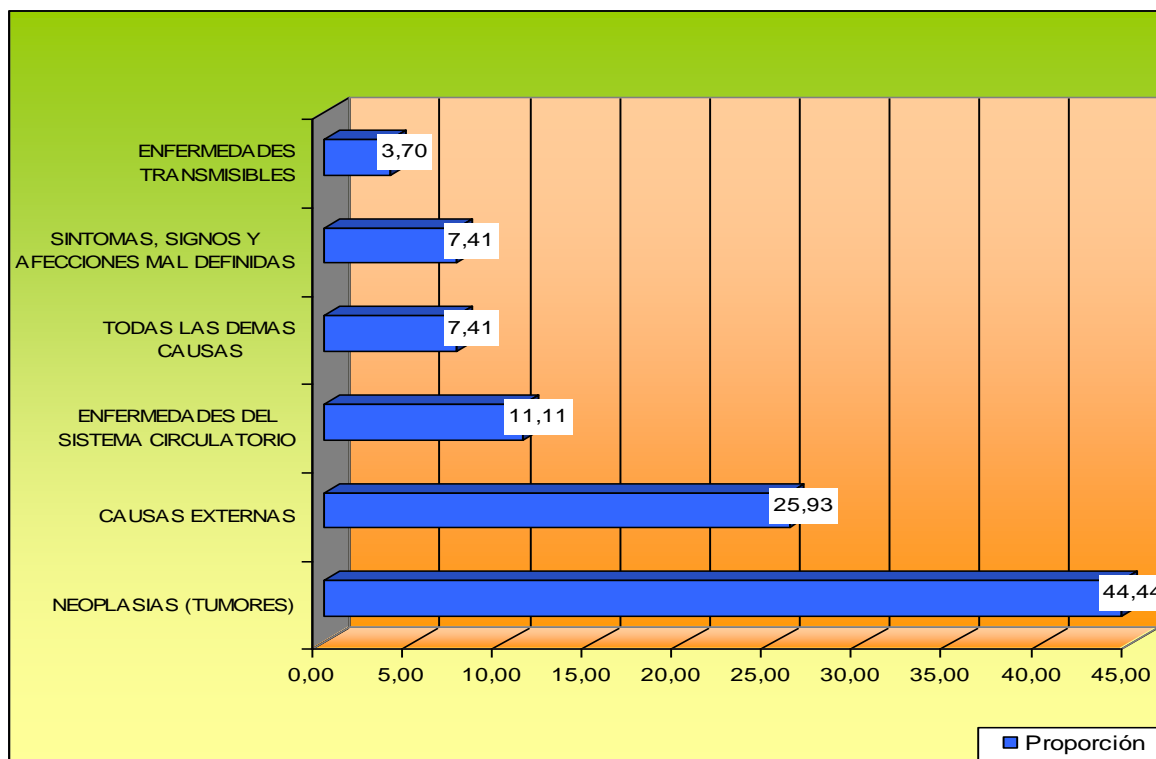
Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

### 7.1.7.6 Mortalidad por grupo de causas lista 666/ops según estado civil.

El 50% del total de las defunciones registradas (54 de 108) en habitantes del Municipio de Mocoa correspondieron a personas solteras y Casadas en igual proporción (25% respectivamente).

La distribución de los grupos de causas para la variable estado civil específicamente en la categoría “Casado” presentó la mayor frecuencia de defunciones por Neoplasias (44.44%); seguido de las causas externas (25.93) y de las enfermedades del sistema circulatorio (11.11%). En los casados se registró menor proporción de muertes por todas las demás causas, Signos y síntomas mal definidos y enfermedades transmisibles. Anexo S

**Grafica 27. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN CASADOS, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**

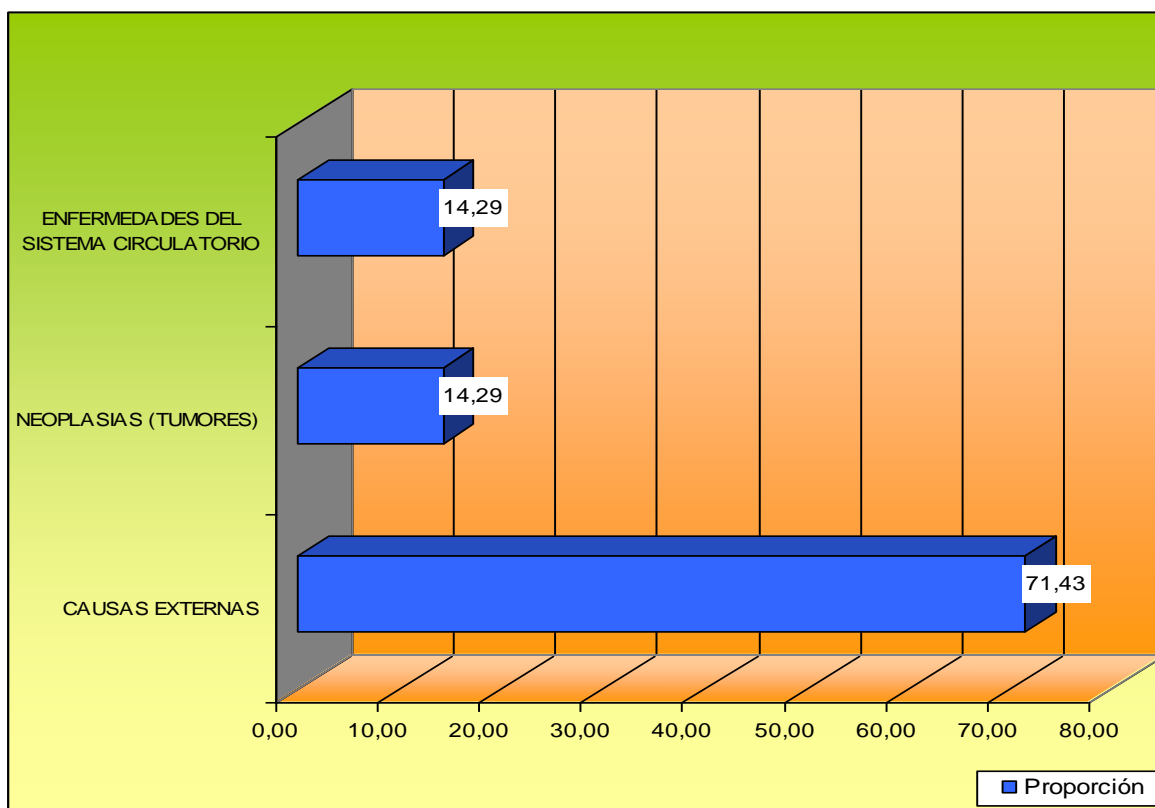


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El 13% del total de defunciones registradas (14 de 108) durante el año 2005 en habitantes de Mocoa correspondían al estado civil: Unión Libre.

Las mayores proporciones de defunciones registradas en esta categoría de la variable estado civil fueron por el grupo de causas externas (71.43%) y las menores proporciones por las Neoplasias y Enfermedades del Sistema Circulatorio (14.29%).

**Grafica 28.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL ESTADO CIVIL UNIÓN LIBRE, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



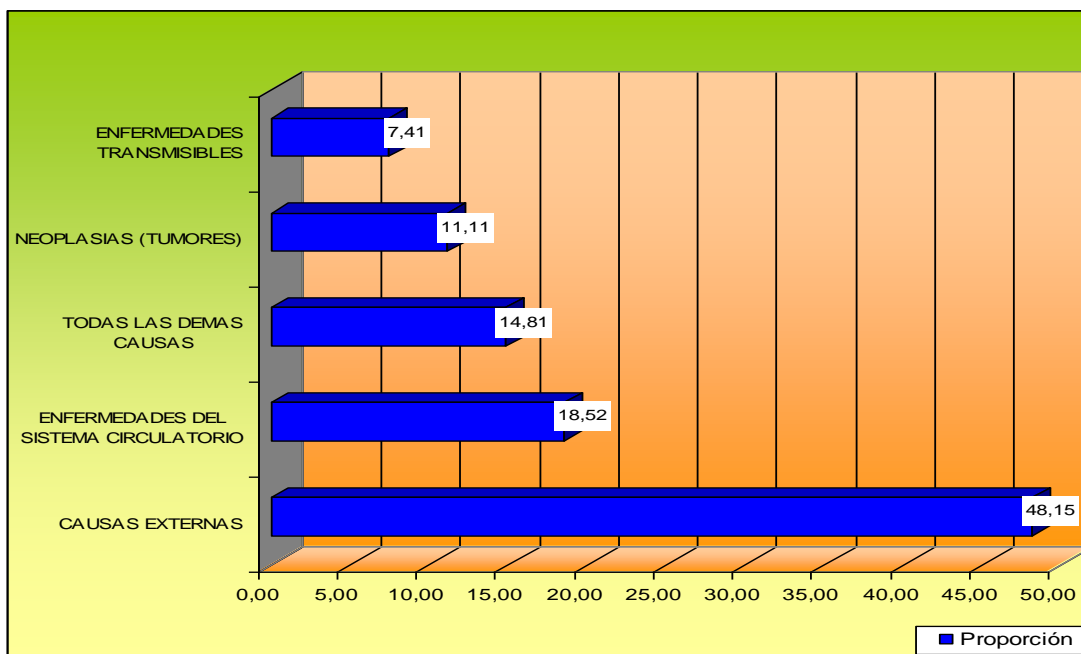
Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El 2.8% del total de las defunciones registradas (3 de 108) en el año 2005 en Mocoa, correspondió a Divorciados.

Los grupos de causas de mortalidad registrados para el año en estudio en Mocoa, en la categoría “Divorciado” de la variable estado civil fueron: Enfermedades del Sistema Circulatorio (66.7%) (2 defunciones) y las causas externas (33.3%) (1 defunción).

Teniendo en cuenta que el 25% del total de las defunciones se registraron en solteros, el grupo de causas de mortalidad más frecuente para los mismos fue el de causas externas (48.15%), seguido de las enfermedades del sistema circulatorio (18.52%) y todas las demás causas (14.81%). Las Neoplasias y las enfermedades transmisibles fueron menos frecuentes. Anexo U y Grafica 29.

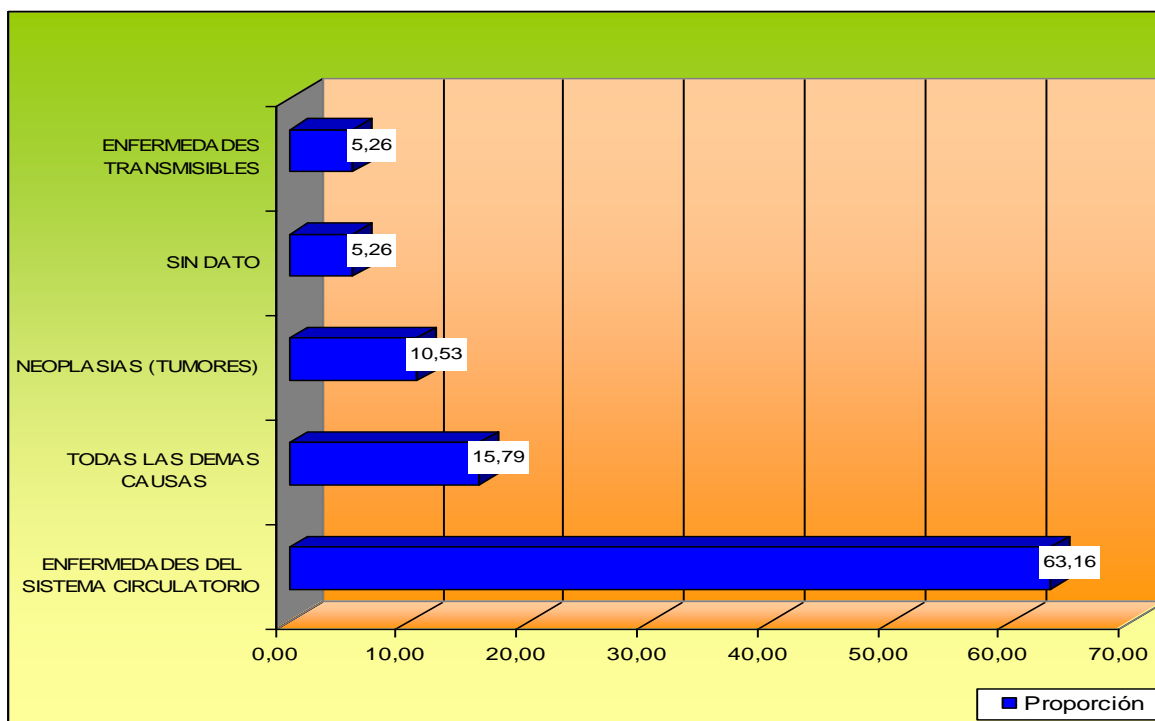
**Grafica 29.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL ESTADO CIVIL SOLTERO, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

El 17.6% del total de las defunciones registradas (19 de 108) en habitantes de Mocoa durante el año 2005 correspondieron al estado civil viudo. El grupo de causas más frecuentes en esta categoría de la variable estado civil fueron las enfermedades del sistema circulatorio (63.16%) y las menores proporciones en todas las demás causas, Neoplasias y enfermedades transmisibles.

**Grafica 30.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL ESTADO VIUDO, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

En general comparando la distribución de los grupos de causas respecto de cada una de las categorías de la variable estado civil, se pudo observar que las causas externas (39.4%), las enfermedades del sistema circulatorio (20.8%), las enfermedades transmisibles (25.0%) y todas las demás causas (33.3%) fueron los grupos de causas de mortalidad con mayores proporciones en los solteros.

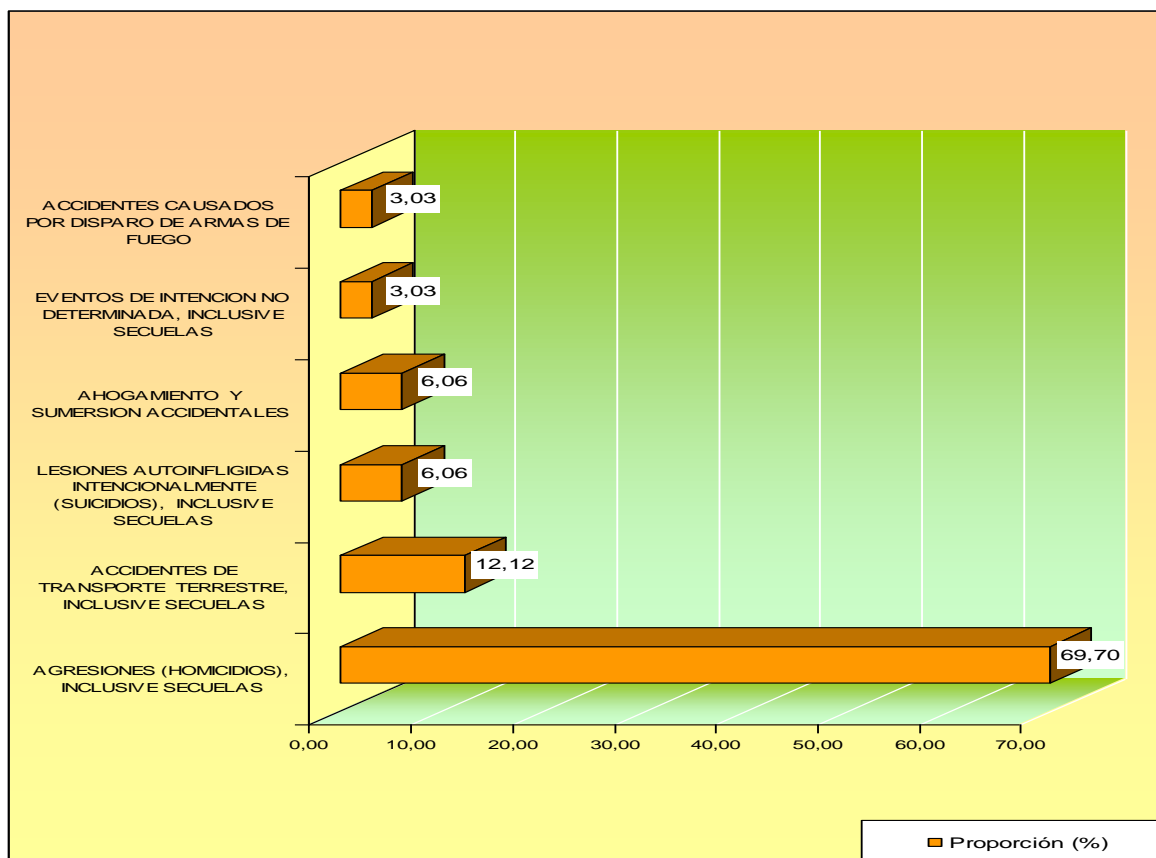
Las Neoplasias fueron el grupo de causas de mortalidad con mayor proporción en los casados (63.2%).

**7.1.8 Mortalidad por causa según grupo de lista 666/ops.** Es importante conocer la frecuencia de las causas de mortalidad según lista 666/OPS, en Mocoa durante el año 2005. Esta descripción se realizó en el contexto secuencial de ocurrencia de acuerdo con el orden descendente ocupado por cada uno de los grupos de causas en términos de proporciones.

- **Causas Externas.** Fue el Grupo de causas de mortalidad más frecuente en el total de defunciones registradas en Mocoa (33 de 108) para el año 2005 (30.56%). Dentro de las causas incluidas en este grupo, es importante resaltar que las Agresiones (Homicidios), inclusive secuelas fueron la causa más frecuente de mortalidad con un 69.70% del total de causas dentro de este grupo. Siguen en su orden los accidentes de tránsito con el 12.12%, los suicidios (6.06%); el ahogamiento y sumersión accidentales (6.06%) y las menores frecuencias se registraron para eventos de intención no determinada (3.03%) y accidentes causados por el disparo de arma de fuego (3.03%).



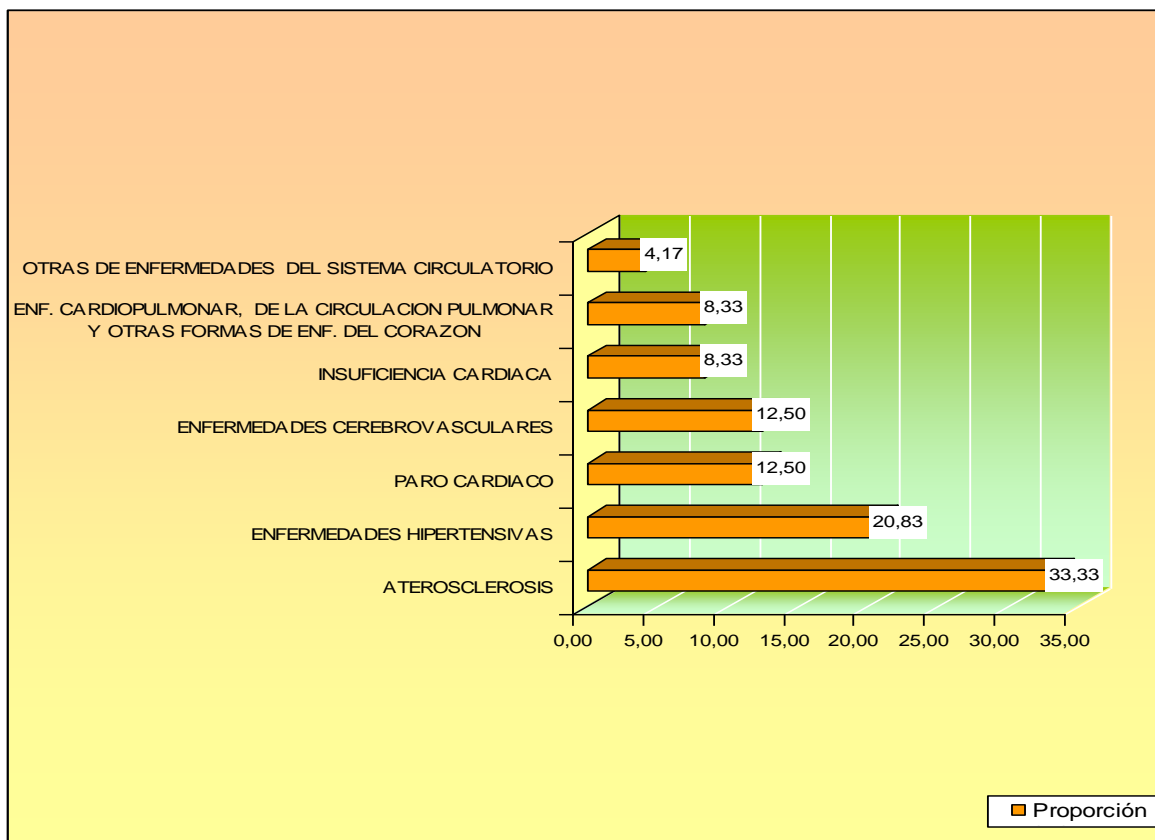
**Grafica 31. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

- Enfermedades del Sistema Circulatorio.** Como se mencionó en un acápite anterior las enfermedades del sistema circulatorio fueron el segundo grupo de causas de mortalidad más frecuente (22.2%), del total de las defunciones registradas (24 de 108) en habitantes de Mocoa en el año 2005. De este 22.2% la Aterosclerosis fue la causa de defunción más frecuente (33.33%), seguida de las enfermedades hipertensivas (20.83%) y del Paro cardíaco (12.50%). Las causas con menores proporciones fueron en su orden insuficiencia cardíaca, enfermedad cardiopulmonar y otras enfermedades del sistema circulatorio. Anexo X y Grafica 32.

**Grafica 32. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN GRUPO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**

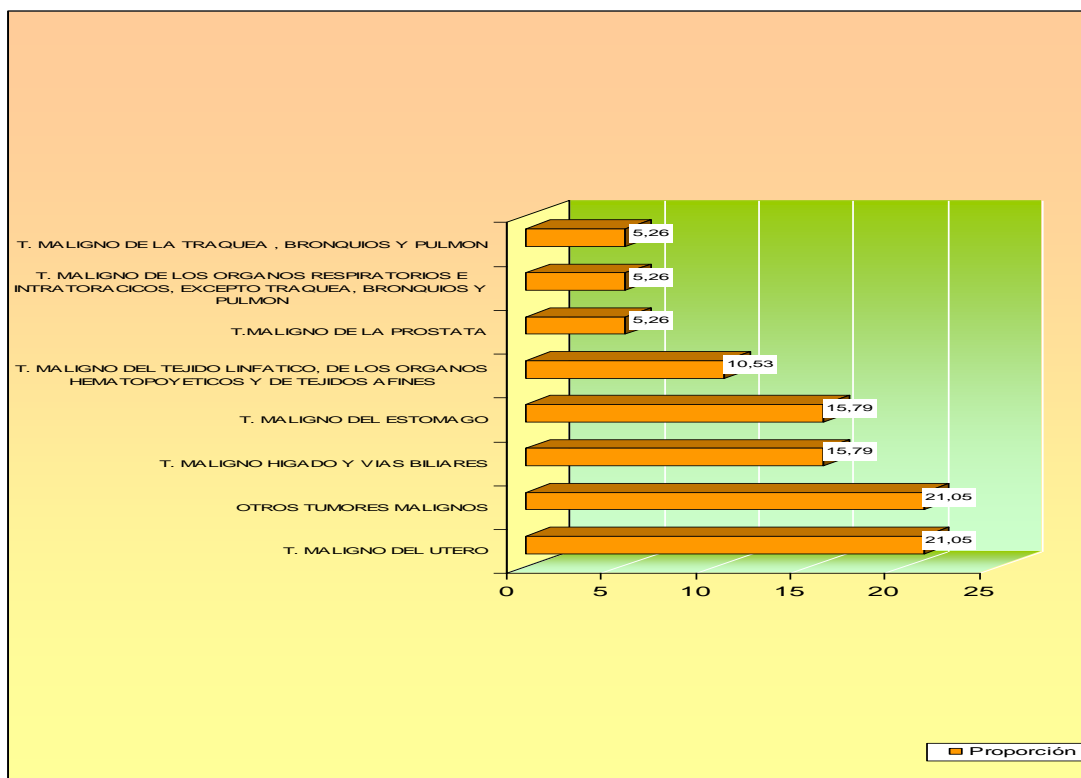


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

- **Neoplasias (Tumores).** Siguiendo un orden descendente en la descripción de cada uno de los grupos de causa de mortalidad, respecto de la frecuencia causas registradas en cada uno de ellos, las Neoplasias en la tabla general de proporciones fue la tercera causa de mortalidad en habitantes del municipio de Mocoa durante el año 2005 con una proporción del 17.6% del total de defunciones (19 de 108).

De este 17.6% las dos causas más frecuente dentro del grupo fueron el Tumor Maligno del Utero y Otros Tumores Malignos con igual proporción (25%); seguidos de Tumores malignos de hígado (18.75%) y de estómago (18.75%) y la menor proporción se registró en tumor maligno del Tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y del Tejido Linfático.

**Grafica 33. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN GRUPO DE LAS NEOPLASIAS, LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.**



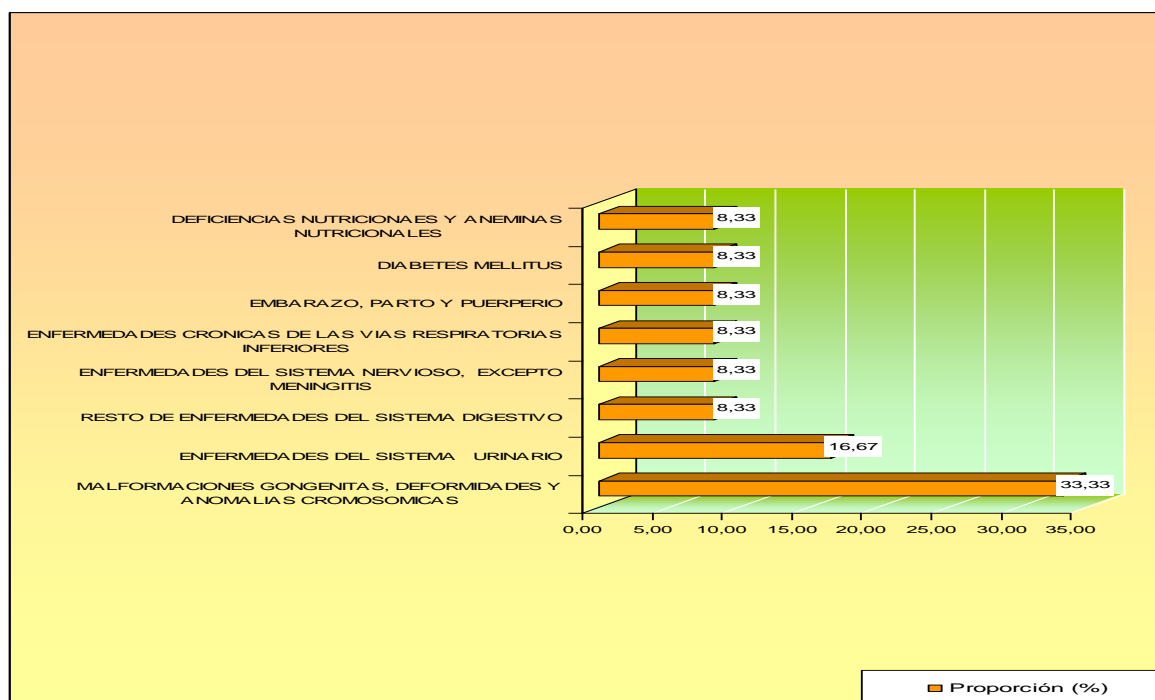
Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

- **Todas las demás causas.** Continuando la descripción, en el contexto general de la distribución de mortalidad para el municipio en el año 2005, “Todas las demás causas” ocuparon el cuarto lugar en frecuencia (11.1%) del total de defunciones (12 de 108). De este 11.1%, la mayor proporción de causas

registradas fue para las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (33.33%), seguida por las enfermedades del sistema urinario 16.67%.

Las causas de mortalidad dentro de este grupo, presentadas con menor frecuencia fueron: Resto de enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del Sistema Nervioso Central excepto meningitis, Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, Embarazo parto y puerperio, diabetes mellitus y Deficiencias y anemias nutricionales, todas con la misma proporción (8.33%). Anexo Z.

**Grafica 34.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN GRUPO DE TODAS LAS DEMÁS CAUSAS, LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.

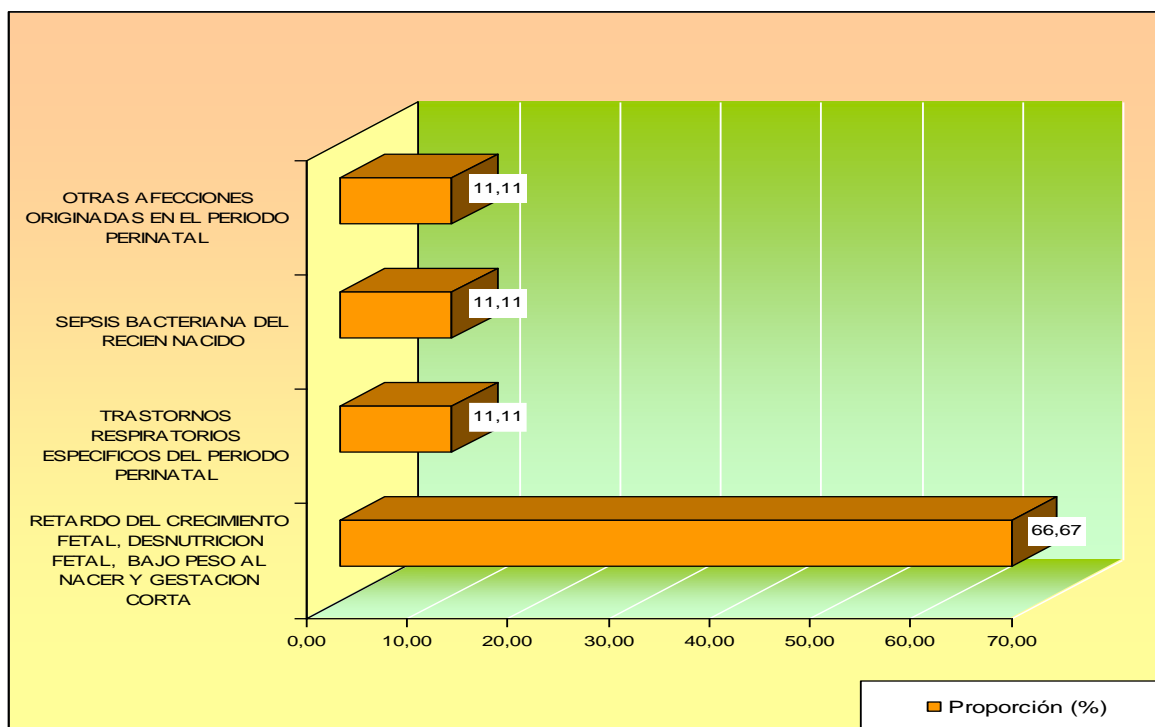


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

- **Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal.** Este grupo de causas representó el quinto más frecuente registrado en la tabla de frecuencias para la mortalidad en Mocoa año 2005, con una proporción del 8.3% del total de causas (9 de 108).

De este 8.3%, el 18.18% de las defunciones fue por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta; seguida por trastornos respiratorios específicos del período perinatal, sepsis bacteriana del recién nacido y otras afecciones originadas en el período perinatal (3.03% respectivamente). Anexo A1.

**Grafica 35.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN GRUPO DE LAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL, LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.

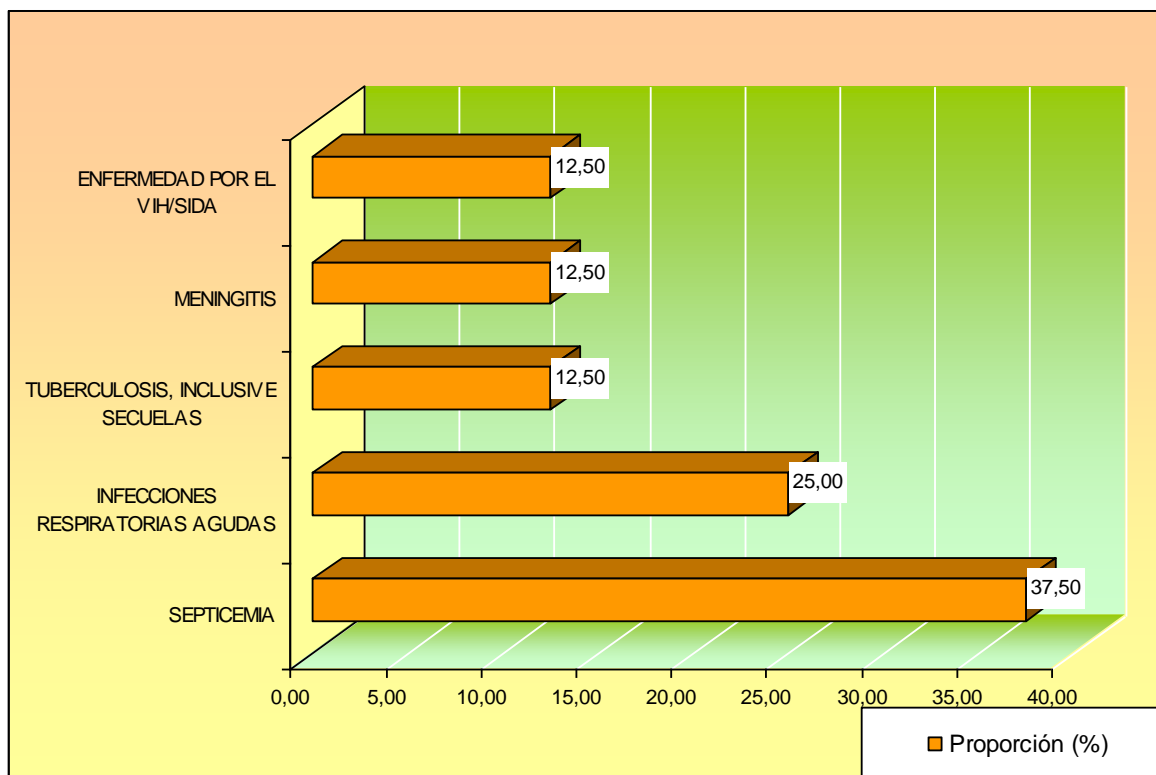


Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

- **Enfermedades Transmisibles.** Las enfermedades transmisibles fueron el sexto grupo de causas de mortalidad más frecuente en el Municipio de Mocoa para el año 2005, con una proporción de 7.4% del total de defunciones (8 de 108).

Dentro de este 7.4% la mayor proporción de defunciones fue por septicemia (37.50%), seguida de las infecciones respiratorias (25.00%) y en menor proporción, Tuberculosis, Meningitis y enfermedad por VIH/SIDA; causas en las que la proporción fue igual (12.50% respectivamente).

**Grafica 36.** DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD, SEGÚN GRUPO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, LISTA 666/OPS, MOCOA – PUTUMAYO 2005.



Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

## 7.2 TASAS DE MORTALIDAD, MOCOA-PUTUMAYO, AÑO 2005.

A continuación se relaciona la tabla de proyección para la Población de Mocoa-Putumayo año 2005, según Censo DANE 1993.

**Tabla 17. POBLACIÓN DE MOCOA-PUTUMAYO AÑO 2005, SEGÚN CENSO DANE 1993.**

GRUPOS	2005		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Menores de 1	452	411	863
De 1 a 4 años	1824	1701	3524
De 5 a 14 años	4960	4668	9628
De 15 a 24	4099	3442	7541
De 25 a 34	3063	2634	5697
De 35 a 44	2127	1845	3972
15 A 44	9289	7921	17210
De 45 a 54	1454	1214	2668
De 55 a 64	904	766	1669
45 A 64	2358	1980	4337
De 65 y más	868	705	1572
<b>TOTAL</b>	<b>19750</b>	<b>17385</b>	<b>37135</b>

La Tasa de Mortalidad General para el Municipio de Mocoa en el año 2005 fue de 290.83 x 100.000 Habitantes.

La Tasa de Mortalidad específica para el mismo año en el género masculino fue de 324.05 x 100.000 hombres y de 247.34 x 100.000 Mujeres para el género femenino.

La tasa de mortalidad más alta por grupo de causa específica fue la correspondiente a Ciertas Afecciones originadas en el período Perinatal ya que para los nacidos vivos en Mocoa el riesgo de morir por cada 100.000 es de 1.043. En su orden le siguen la tasa de mortalidad por causas externas 88.86 x 100.000 habitantes; La tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio 64.63 x 100.000 habitantes; las Neoplasias 51.16 x 100.000 Habitantes, entre otras.

Tabla 20

**Tabla 18. TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS, MOCOA AÑO 2005.**

GRUPO DE CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)	Muertes	Proporción (%)	Tasa x 100,000 habitantes
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL (1)	9	8,33	1042,65
CAUSAS EXTERNAS	33	30,56	88,86
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	24	22,22	64,63
NEOPLASIAS (TUMORES)	19	17,59	51,16
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	12	11,11	32,31
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8	7,41	21,54
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	1,85	5,39
SIN DATO	1	0,93	2,69



GRUPO DE CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)	Muertes	Proporción (%)	Tasa x 100,000 habitantes
TOTAL	108	100,00	290,83

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

#### Notas aclaratorias

(1) Tasa por 100.000 Nacidos Vivos.

### 7.3 DILIGENCIAMIENTO DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION

En general, el 100% de estos estaban diligenciados en letra legible; solamente un 64.8% fueron diligenciados en forma completa (70 de 108); el 99.1% registraron información coherente.

## 8. DISCUSION

De acuerdo con el boletín de indicadores básicos de salud en Colombia para el año 2004, datos disponibles más recientes, las causas externas representaron para el Departamento del Putumayo el 45.63% del total de defunciones (460 de 1008); en orden descendente siguieron las defunciones por todas las demás causas (14.38%), enfermedades del sistema circulatorio (12.20%), neoplasias (11.21%), enfermedades transmisibles (9.82%), afecciones originadas en el período perinatal (4.66%), signos y síntomas mal definidos (1.69%) y el grupo de causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (0.40%).

El informe descriptivo de mortalidad en el Putumayo del año 2003, elaborado por DASALUD Putumayo, reportó 157 defunciones en el Municipio de Mocoa, de las cuales el 32.48% (51 de 157), fueron debidas a causas externas; seguidas por: las enfermedades del sistema circulatorio 23.57% (37 de 157); ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 19.75% (31 de 157); enfermedades transmisibles el 14.01% (22 de 157), Tumores 9.55% (15 de 157), y otras causas 0.64% (1 de 157).

El presente estudio permitió conocer que en el año 2005 se registraron 108 defunciones en habitantes residentes en el Municipio de Mocoa. Los grupos de causas más frecuentes para el mismo periodo fueron las siguientes en orden descendente: causas externas (30.56%), enfermedades del sistema circulatorio (22,22%), Neoplasias (Tumores) (17.59%), todas las demás causas (11.11%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8.33%), enfermedades transmisibles (7. 41%), síntomas, signos y afecciones mal definidas (1.85%).

De acuerdo con lo anterior, el grupo de causas de mortalidad más frecuente en el municipio de Mocoa fue el de Causas Externas, tanto para el año 2003 como para el 2005, aunque la proporción fue mayor en el 2003; es importante precisar que el

estudio de mortalidad 2003, realizado por DASALUD Putumayo no especifica si la descripción de la mortalidad se hizo con base en la variable “Zona de Residencia” o si se tomó como criterio de inclusión todas las muertes registradas en el Municipio de Mocoa. El presente estudio, precisa la descripción en términos de la variable Zona habitual de Residencia el Municipio de Mocoa.

Tanto en el año 2003 como en el 2005, los grupos de causas de mortalidad registrados fueron los mismos, con diferentes frecuencias; sin embargo la distribución coincidió en el orden descendente de ocurrencia en términos de proporciones, para los dos primeros grupos de causa de mortalidad: Causas externas y enfermedades del Sistema Circulatorio. La proporción de defunciones por afecciones originadas en el período perinatal fue mayor en el año 2003 (19.75%) que en el 2005 (8.33%).

Las Neoplasias fueron grupos de causa de mortalidad con mayor proporción en el municipio de Mocoa durante el año 2005 (17.59%) que para el 2003 (9.55%). Las defunciones por enfermedades Transmisibles fueron grupo de causa más frecuente para el año 2003 (14.01%) que para el 2005 (7.41%).

La descripción de los resultados de este estudio suscita inquietudes como cuáles son los factores determinantes que influyen en el aumento o disminución de las defunciones en proporción al total de las registradas; sin embargo como no existen documentos con este tipo de descripciones por una parte y por otra, este no era el objetivo del presente trabajo, sin embargo se espera que sea tema de investigación para ulteriores estudios, lo que si se conoce a nivel general es que existen Políticas Nacionales de Salud que buscan reducir la mortalidad evitable y la mortalidad en general, a través de la implementación de programas en niveles de prevención primaria, como es el caso del Plan de Atención Básica en Salud; en prevención secundaria, programas para detección temprana de enfermedades,

protección específica, sistemas de vigilancia en salud pública para mortalidad evitable y planes de choque contra mortalidad materna y perinatal y en prevención terciaria se ofrece atención integral para enfermedades de interés en salud pública.

Continuando con la descripción de la distribución de la mortalidad en Mocoa – Putumayo durante el año 2005, ahora en un abordaje por causas de mortalidad, se observó que la causa más frecuente fue la agresión, homicidio inclusive secuelas con un 21.30%, seguida de la aterosclerosis (7.41%); el retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta (5.56%) y de las enfermedades hipertensivas (4.63%). En proporción la ocurrencia de muertes por agresiones u homicidios fue aproximadamente tres veces mayor que por aterosclerosis. Lo anterior refleja la predominancia de un escenario en Mocoa – Putumayo, con factores de riesgo psicosociales inabordables, difícilmente intervenibles a término inmediato y que necesita seguramente de un abordaje desde los diferentes entornos y sectores organizados de la comunidad. No se debe olvidar que existe una Política Nacional de Salud Mental que debe ser implementada en los Departamentos y Municipios dentro del marco del Plan de Atención Básica en Salud, con una visión integradora e integral que pretende en la Población General: promocionar patrones de comportamiento saludables; promocionar la convivencia pacífica y prevención de la violencia intrafamiliar en cuatro ámbitos: prevención del maltrato al menor, violencia sexual y violencia en el adulto mayor y finalmente la prevención de condiciones de salud mental antes de la concepción y durante el embarazo, parto, puerperio y niñez temprana. En Población vulnerable psicosocialmente en la cual busca intervenciones específicas de prevención de factores de riesgo. Aunque no hay grupo humano inmune, el riesgo es más alto en los pobres, en las personas con baja escolaridad, desempleadas, migrantes, víctimas de la violencia y el desplazamiento, grupos de población indígenas, mujeres y niños maltratados, adolescentes desatendidos y

ancianos abandonados. Se trata de situaciones diversas de vulnerabilidad que requieren de intervenciones especiales focalizadas a las personas y grupos afectados.

Respecto de la distribución de la mortalidad en Mocoa de acuerdo con el género fueron mayores las muertes en hombres (59.26%) que en mujeres (39.81%); el grupo de edad con mayor número de defunciones fue el de 65 y más años (42.59%); la zona de residencia con mayor proporción de muertes fue la Urbana (72.22%). El 29.63% de las defunciones ocurrieron en personas con nivel de educación “primaria incompleta”, nivel de mayor frecuencia. El 51.85% de las muertes registradas pertenecían al Régimen Subsidiado y el 50% de las mismas se presentaron en solteros (25%) y casados (25%).

En mujeres el grupo de edad con mayor número de muertes fue el de 65 y más años 46.5%, grupo en donde la causa de mortalidad más frecuente fue la aterosclerosis (20.0%). Las muertes registradas en menores de 1 año fueron en su mayoría por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (33.3); las ocurridas en el grupo de 15 a 44 años fueron en mayor proporción por suicidio (25.0%); las causas de mortalidad en el grupo de 45 a 64 años fueron en igual proporción por Tumor maligno del tejido linfático y por otra enfermedad cerebrovascular (50.0% respectivamente).

En los hombres, el grupo de edad con mayor número de defunciones se registró en el grupo de edad de 65 y más años con un 40.6%, grupo en donde la causa de mortalidad más frecuente fue la aterosclerosis (15.38%). Los niños menores de 1 año fallecieron por Malformaciones congénitas (33.3%); Septicemia (33.3%) y Trastornos respiratorios específicos del período perinatal (33.3%). En hombres de 5 a 14 años únicamente se registró una defunción por infección respiratoria aguda; en el grupo de 15 a 44 años la causa de mortalidad más frecuente fue agresiones, homicidios inclusive secuelas, causas que representaron el 75% del

total de las defunciones. Los hombres de 45 a 64 años fallecieron principalmente por accidente de Transporte terrestre inclusive secuelas (25%).

La distribución por grupos de causa de mortalidad el Régimen subsidiado presentó mayor frecuencia de muertes por enfermedades del sistema circulatorio (30.36%); seguida por las Neoplasias (17.86%) y las causas externas (17.86%). En proporción del total de grupos de causas de mortalidad registrados en régimen de seguridad social Contributivo, fueron las causas externas las más frecuentes (38.46%), seguidas por las Neoplasias (26.92%) y las enfermedades del Sistema Circulatorio (19.23%).

Hasta aquí se han descrito de una manera sucinta las causas de mortalidad registradas en los habitantes del municipio de Mocoa, durante el año 2005. Esta caracterización en valores absolutos y relativos respecto del total de las defunciones permitirá en otros escenarios cuantificar la magnitud de los eventos para realizar priorización de eventos intervenibles, con instrumentos técnicos como la matriz de priorización de CENDES OPS u otra que garanticen una estratificación objetiva y que responda realmente a las necesidades de intervención en una comunidad.

Con la anterior descripción en proporciones únicamente se conoció la distribución de la mortalidad respecto de los 108 casos registrados; sin embargo queda latente la necesidad de conocer la probabilidad de morir para los habitantes de Mocoa o el riesgo de morir por alguna causa y más específicamente si es mayor o menor en un género o en otro o si la probabilidad es mayor para una causa o para otra. Con el fin de tener una respuesta inicial a estas preguntas que seguramente serán objeto de estudios descriptivos ulteriores, se calculó la tasa general de mortalidad para Mocoa – Putumayo en el año 2005, la cual fue de 290.83 x 100.000 habitantes; comparada con la del año 2003 que fue de 444.9 x 100.000 habitantes,

se puede decir que la probabilidad de morir en el municipio (experimentando un estado mórbido) fue mayor para el 2003 que para el 2005.

La Tasa de Mortalidad específica para el mismo año en el género masculino fue de 324.05 x 100.000 hombres y de 247.34 x 100.000 Mujeres para el género femenino; por lo tanto es mayor la probabilidad de morir (experimentando un estado mórbido) en los hombres que en las mujeres del Municipio de Mocoa.

La tasa de mortalidad más alta por grupo de causa específica fue la correspondiente a Ciertas Afecciones originadas en el período Perinatal, ya que para los nacidos vivos en Mocoa el riesgo de morir (experimentando un estado mórbido) por cada 100.000 es de 1.043.

Contrario a como se podría pensar al conocer que la causa de mortalidad más frecuente para el Municipio de Mocoa fue el grupo de causas externas y que de estas la mayor causa fueron los homicidios; la tasa de mortalidad por causas externas con un valor de 88.86 defunciones por 100.000 habitantes, demuestra al compararla con los demás grupos de causas de acuerdo con la población a riesgo, que por ejemplo el riesgo de morir en los nacidos vivos del Municipio por causa de las afecciones originadas en el período perinatal es mayor que el riesgo de morir del total de la población por causas externas. Esta es la diferencia de los análisis en términos de tasas respecto de los limitados análisis en término de proporciones o valores absolutos.

Por otra parte, respecto de la calidad en el diligenciamiento de los certificados de defunción, se observó que el 100% de estos estaban diligenciados en letra legible; solamente un 64.8% fueron diligenciados en forma completa (70 de 108); el 99.1% registraron información coherente.

El hecho de presentarse un 35.2% de certificados de defunción incompletos sugiere que el grupo de estadísticas vitales, si está conformado en el Municipio, no está realizando una de las funciones de su competencia que consiste en revisar el cabal diligenciamiento de los mismos y devolverlos a la IPS o Institución que lo diligenció para propender por el mejoramiento continuo de la calidad del dato en el marco del sistema nacional de estadísticas vitales; no obstante, el compromiso y la responsabilidad en el personal idóneo y autorizado para expedir certificados de defunción es preponderante y las estrategias para el fortalecimiento del sistema de estadísticas vitales debe contemplar capacitaciones continuas del recurso humano y retroalimentaciones de la evaluación del desempeño de cada uno de los actores responsables.

## **9. CONCLUSIONES**



- ◆ En el año 2005 se registraron 108 defunciones en habitantes residentes en el Municipio de Mocoa. Los grupos de causas más frecuentes para el mismo periodo fueron las siguientes en orden descendente: Causas externas (30.56%), Enfermedades del Sistema Circulatorio (22,22%), Neoplasias (Tumores) (17.59%), Todas las demás causas (11.11%), Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (8.33%), Enfermedades Transmisibles (7.41%), síntomas, signos y afecciones mal definidas (1.85%).
  
- ◆ La causa de mortalidad más frecuente en el municipio durante el año 2005 fue la agresión, homicidio inclusive secuelas con una proporción del 21.30%, seguida de la aterosclerosis (7.41%); el retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta (5.56%) y de las enfermedades hipertensivas (4.63%).
  
- ◆ En proporción, de las 108 defunciones se registraron más muertes en hombres (59.26%) que en mujeres (39.81%); el grupo de edad con mayor número de defunciones fue el grupo de 65 y más años (42.59%); la zona de residencia con mayor proporción de muertes registradas fue la Urbana (72.22%). El 29.63% de las defunciones ocurrieron en personas con nivel de educación “primaria incompleta”. El 51.85% de las muertes registradas pertenecían al Régimen Subsidiado. Respecto del estado civil, el 50% de las defunciones se presentaron en solteros (25%) y casados (25%).
  
- ◆ La tasa general de mortalidad para Mocoa – Putumayo en el año 2005, la cual fue de 290.83 x 100.000 habitantes. La Tasa de Mortalidad específica para el mismo año en el género masculino fue de 324.05 x 100.000 hombres y de 247.34 x 100.000 Mujeres para el género femenino.

- ◆ La tasa de mortalidad más alta por grupo de causa específica fue la correspondiente a Ciertas Afecciones originadas en el período Perinatal: 1.043 x 100.000 nacidos vivos, seguida de la Tasa de Mortalidad por causas externas: 88.86 x 100.000 Habitantes.
  
- ◆ Con los resultados del presente estudio el Municipio de Mocoa puede identificar en términos de riesgo, que es mayor el riesgo de morir en el período perinatal (Tasa 1.043 x 100.000 nacidos vivos) por lo tanto el despliegue efectivo del plan de choque contra la mortalidad perinatal dentro del marco de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, es prioridad 1 y debe ser inmediato, entre las estrategias a desarrollar para disminuir la tasa de mortalidad están: realizar actividades de demanda inducida para que toda embarazada asista a los programas de promoción y prevención, realizar controles prenatales a la totalidad de embarazadas que conlleven a la identificación oportuna de riesgos, mayor difusión del programa de detección temprana de alteraciones del embarazo, Incentivar el parto institucional, incentivar a las embarazadas para la realización de todos los exámenes que conlleven a la detección temprana de enfermedades, disminuir las barreras administrativas para la autorización de actividades, procedimientos e intervenciones del control prenatal y sus complicaciones, educación a las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo, específicamente sobre las pérdidas vaginales fisiológicas y patológicas, asegurar que el control prenatal sea de buena calidad, no solamente evaluativo sino educativo, capacitación al personal de salud en temas del cuidado de la salud materna y perinatal. Se debe enfatizar en aspectos como la valoración de una gestante con actividad uterina y con pérdidas vaginales, garantizar la red de prestación de servicios, mejorar o adecuar los sistemas de transporte en las regiones alejadas; seguida de una prioridad dos que sería la implementación y despliegue de la Política Nacional de Salud Mental y Reducción del impacto en salud de la violencia, para la intervención del comportamiento de la mortalidad por

causas externas especialmente por homicidios; la tercera prioridad sería el fortalecimiento del Plan Intersectorial para la promoción de estilos de vida saludable y control de las enfermedades crónicas; una cuarta prioridad sería la garantía del cumplimiento de metas para la detección, tratamiento tempranos y sistema de vigilancia para enfermedades crónicas y una quinta prioridad sería el fortalecimiento de Plan Local Para la Prevención, atención y control de las enfermedades transmisibles.

◆ La mayor dificultad para la realización de este estudio se centró en el diligenciamiento incompleto, de los códigos CIE-10 en los certificados de defunción. En general, el 100% de estos estaban diligenciados en letra legible; solamente un 64.8% fueron diligenciados en forma completa (70 de 108); el 99.1% registraron información coherente.

## **10. RECOMENDACIONES**

Más que pretender sugerir un modelo de intervención puntual para reducir la mortalidad en el Municipio de Mocoa, se quiere exhortar hacia la evaluación del funcionamiento del Sistema de Salud Departamental y Local, en un contexto y visión más amplios. Se trata verdaderamente de proponer una revisión exhaustiva y evaluación objetiva particularmente en el Municipio de Mocoa, del funcionamiento y empoderamiento de los diferentes actores dentro del Sistema de Salud existente. Se conoce que las metas de salud para el año 2015 adoptadas por el País en el CONPES SOCIAL 091 enmarcadas dentro de las Metas de Desarrollo del Milenio, son exigentes y necesitan para su cumplimiento un sistema de salud basado en Atención Primaria en Salud, el cual “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito primario es mejorar la salud”.

La meta definitiva de un sistema de salud es alcanzar niveles óptimos de salud y minimizar las diferencias en el estado de salud entre los individuos y/o grupos de población, con definición de principios esenciales que sirven como puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud. Para lograr el funcionamiento del Sistema de Salud, el Municipio debe verificar si se garantizan los siguientes Principios esenciales:

- ◆ Dar respuesta a las necesidades de salud de la población:

Consiste en una atención que responde a la mayoría de las necesidades en salud, enfocada en la población en lugar de centrarse en enfermedades específicas, condiciones de salud o riesgos individuales. Un concepto similar es cuidado “centrado en la persona”, que significa que la atención considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de una persona; o atención con las siguientes características: enfoque en la totalidad de la persona; el profesional

conoce a la persona; cuidado y empatía; confianza en los profesionales de salud; atención adecuada y toma compartida de decisiones clínicas.

- ◆ Responsabilidad o Hacer a los actores responsables de sus acciones.

Para poder operar el derecho a la salud de una sociedad, debe haber un sistema de responsabilidad para asegurar que los derechos se cumplan y se hagan cumplir. Los elementos relacionados a la responsabilidad incluyen la necesidad de una cobertura universal y recursos suficientes para satisfacer las actuales necesidades de salud. La cobertura universal no tiene sentido si en la práctica no es respaldada por los medios para asegurar el acceso a los servicios necesarios.

### 3. Orientación a la calidad

Grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la probabilidad de los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Los principales pilares de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización, (balanceando los costos de salud con relación a la efectividad de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad.

Compuesta tanto por calidad técnica como por la satisfacción del usuario con los servicios.

- ◆ Priorización de los grupos de población vulnerable

Esfuerzos pro-activos y sistemáticos para alcanzar y atender a grupos de población vulnerable tales como niños, madres, ancianos, pobres, indígenas y otros grupos marginados de salud.

Un enfoque para reducir la inequidad en el estado de salud y el acceso a los servicios de salud de los grupos de población vulnerable.

Las inequidades en salud ocurren frecuentemente por razones específicas; por lo tanto, para superar estas inequidades se requieren compromisos a todos los niveles. Esto exige hacer de los grupos vulnerables una prioridad, definidos con base en criterios explícitos de equidad

Los enfoques incluyen: fijar metas en salud que incorporen objetivos explícitos para mejorar la cobertura entre los pobres; utilizar estas metas para dirigir recursos adicionales hacia las necesidades de los desfavorecidos; mejorar la educación; promover iniciativas para ayudar a que los usuarios comprendan sus derechos; y fomentar la participación ciudadana en la planificación y supervisión del sistema de salud.

◆ Sostenibilidad

La capacidad para satisfacer las necesidades del presente sin comprometer la habilidad de satisfacer las necesidades futuras.

◆ Intersectorialidad

Coordinación del desarrollo e implementación de un amplio rango de políticas públicas y programas que afecten e involucren sectores fuera de los servicios de salud. Esto requiere enlaces cercanos entre áreas públicas, privadas y no

gubernamentales, tanto dentro como fuera de los servicios tradicionales de salud, cuyas acciones tienen un impacto en el estado de salud y el acceso a la atención de salud, tales como: empleo, educación, vivienda, producción de alimentos, agua y saneamiento y atención social. Utilización de todos los recursos que influyen en la salud.

La atención primaria de salud debe trabajar con diferentes sectores y actores, de tal forma que impacte los determinantes de la salud, contribuya a maximizar las actividades de desarrollo humano y alcance su potencial de equidad. La intersectorialidad se considera como una función de la solidaridad social debido a que implica colaboración entre los actores y organizaciones. Como mínimo, la APS debe funcionar en conjunto con la promoción de la salud y los esfuerzos de salud pública. La medida en que la APS es responsable de las acciones intersectoriales dependerá del nivel de desarrollo del país en cuestión, y de los recursos disponibles en APS y otros sectores. Estos temas se discuten más detalladamente en secciones posteriores de este documento.

#### ◆ Participación social e individual

Participación individual: grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con respecto a su propio cuidado en salud. Un concepto similar es “autocuidado” o provisión de información a los miembros de la sociedad que les permita auto-cuidarse o evaluar mejor cuándo necesitan buscar atención profesional.

Participación social: el derecho y la capacidad de la población a participar efectiva y responsablemente en las decisiones del cuidado de la salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación cívica general, una condición para ejercer la libertad, la democracia, el control

social sobre la acción pública, y por lo tanto, para la equidad. Es una condición esencial para garantizar efectividad y satisfacción y constituye un fin deseable en sí mismo.

El núcleo de un Sistema de Salud Liderado por la APS incluye la garantía de que los servicios de salud son accesibles. La accesibilidad implica la ausencia de barreras geográficas, financieras y organizacionales a la atención; por consiguiente, un Sistema de Salud Liderado por la APS debe racionalizar la localización, operación y financiamiento de todos los servicios en cada nivel del sistema de salud. La aceptabilidad requiere que el desarrollo de los recursos (recursos humanos, instalaciones, suministros, medicamentos) y procesos (códigos éticos de conducta, protocolos clínicos, procedimientos operativos) tome en cuenta las necesidades de salud locales, las preferencias, la cultura y los valores de una comunidad en particular. La aceptabilidad es un determinante importante de la accesibilidad, la utilización, la satisfacción, la adherencia y la calidad de los servicios en todos los niveles del sistema de salud.

La función de primer contacto de la APS requiere que la atención primaria sirva como el punto de entrada al sistema de servicios de salud y sociales para todos los problemas de salud.

En un Sistema de Salud Liderado por la APS que funciona bien, la mayoría de los problemas de salud deberían ser resueltos en el primer nivel; por consiguiente, los servicios provistos deben ser integrales, proporcionando atención para las enfermedades más comunes y promoviendo la prevención en la población. Los pacientes con afecciones demasiado infrecuentes para que los proveedores de atención primaria puedan asegurar su competencia y ofrecer una atención eficiente, son referidos a otros niveles del sistema a través de las funciones de coordinación de la atención primaria. Para que la atención sea integrada, las



referencias y contra-referencias a través de todos los niveles del sistema de salud, y a veces a otros servicios sociales, deberían ser documentadas y seguidas mediante información apropiada y sistemas de gestión.

La atención primaria está basada en la población, lo que quiere decir que utiliza información de la comunidad para evaluar los riesgos y dar prioridad a las intervenciones. La atención primaria organiza y suministra los servicios preventivos y curativos pertinentes, tomando en cuenta el contexto familiar y comunitario, y promoviendo la capacidad de las personas para cuidarse a sí mismas de manera efectiva y cuidar a los miembros de su familia cuando sea necesario. La APS enfatiza la prevención y promoción (además de otorgar la atención curativa necesaria), ya que esto es costo-efectivo, ético y puede favorecer que comunidades e individuos tengan mayor control sobre su propia salud.

Estos elementos estructurales y funcionales trabajan conjuntamente para generar confianza a través del desarrollo de las relaciones personales, pues la APS sigue a los individuos a lo largo de sus vidas proveyéndoles una atención longitudinal a través del tiempo. Tales relaciones son incrementadas por el desarrollo de conocimiento (sistemas de información, expedientes clínicos) que efectúa un seguimiento al progreso de la población y permite interpretar sus intereses de salud a través del contexto familiar y social. Además, un Sistema Liderado por la APS no está basado en una enfermedad u órgano específico, sino que se enfoca en la totalidad de la persona y sus necesidades sociales y de salud, procurando respuestas apropiadas en el contexto de la comunidad local. Este enfoque, que combina una gama de atención y servicios provistos por otros actores y sectores durante el curso de la vida de una persona, se conoce como atención integral.

Para que un Sistema Liderado por la APS pueda garantizar responsabilidad deberá estar basado en una planificación que provea recursos adecuados a las necesidades de salud, las cuales deberán ser determinadas por el análisis de situación en salud basado en datos comunitarios. Los recursos deberán ser suficientes para lograr la cobertura universal a la vez que provean soporte adicional para alcanzar las metas de equidad. Una tarea del Sistema Liderado por la APS es corregir los incentivos perversos que proliferan en sistemas de salud segmentados y desarticulados. Dicha reorientación a lo ancho del sistema será necesaria para que la APS asuma el verdadero liderazgo del sistema de salud.

Los Sistemas Liderados por la APS se esfuerzan en maximizar la calidad para mejorar la eficiencia y la equidad. Los servicios de alta calidad requieren recursos humanos adecuados, con los conocimientos necesarios, mezcla apropiada de competencias, observación de estándares éticos y trato a las personas con dignidad y respeto. Estas condiciones son, a su vez, necesarias para la operacionalización del derecho a la salud. La caracterización de las estrategias de prevención, de servicios de salud, y de disponibilidad de fármacos, se determina con base en la evidencia disponible sobre efectividad, mientras que la asignación de recursos es valorada en términos de eficiencia y equidad para alcanzar el máximo impacto con recursos limitados. Los servicios de alta calidad requieren prácticas óptimas de organización y gestión, que permitan la innovación para mejorar los estándares de calidad, satisfacer las necesidades poblacionales en salud y ofrecer lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud.

Un Sistema de Salud Liderado por la APS es mucho más amplio en alcance e impacto que la provisión de servicios de salud. Este sistema desarrolla políticas de incremento a la equidad y programas para abordar los factores que causan inequidades y, consecuentemente, ayuda a garantizar una más amplia participación en los procesos de desarrollo nacional. La APS interactúa e integra

otros aspectos del sistema de salud y se enlaza con las Funciones Esenciales de Salud Pública, así como con programas y estrategias de promoción a la salud. Un Sistema de Salud Liderado por la APS está íntimamente conectado con acciones intersectoriales y enfoques comunitarios para promover la salud y el desarrollo humano. La magnitud en que estas acciones son implementadas por el sector salud, solo o en alianza con otros actores, dependerá de las características del estado de desarrollo del País, Departamento o Municipio. Finalmente, la APS está articulada dentro de un contexto político, social y económico más amplio. Un Sistema de Salud Liderado por la APS debe ser una parte integral de las estrategias de desarrollo socioeconómico nacional y local, basado en valores compartidos que contienen mecanismos de participación activa para garantizar la transparencia y responsabilidad a todos los niveles.

Los elementos esenciales de un Sistema de Salud Liderado por la APS requieren la acción concurrente de varias de las funciones principales del sistema de salud. Estas funciones incluyen rectoría, financiamiento, provisión de servicios y generación de recursos. Las funciones de accesibilidad, intersectorialidad, participación social activa, enfoques pro-equidad y la atención integral e integrada. Es a través de éstas y otras interconexiones que la APS infunde sus valores, principios y elementos hacia el resto del sistema de salud.

Por otro lado, también se hace importante que en el departamento del Putumayo, se invierta en la capacitación al recurso humano y se lo incentive para que se consoliden de esta manera grupos y redes de investigación, buscando la cooperación no solo de empresas nacionales sino internacionales, fortaleciendo así la investigación en la región Sur Colombiana.

Finalmente, una vez se garantice el funcionamiento del sistema de salud en cada uno de los aspectos mencionados anteriormente, la adopción e implementación

de las Políticas Nacionales de Salud se facilitarán en gran medida y seguramente con el empoderamiento de competencias en cada uno de los actores involucrados en mejorar la calidad de vida de los habitantes en el municipio y reducir la mortalidad y los factores condicionantes del proceso salud enfermedad; el impacto positivo se podrá cuantificar y serán tangibles sus cambios.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. A dictionary of epidemiology / edited for the International Epidemiological Association by John M. Last; associate editors, Robert A. Spasoff ... [et al.]. New York: Oxford University Press, cop. 2001. Edición 4th ed.
2. ALVIS, G. Rafael. Tendencias de mortalidad por enfermedades infecciosas. Cartagena Colombia. Artículo Salud pública 2004.
3. ARMIJO R. Epidemiología básica. Segunda edición. Intermédica, Buenos Aires, 1978.
4. BLANCO, Restrepo, Jorge Humberto, MAYA, Mejía, José María. "Fundamentos de Salud Pública" tomo I salud pública, tomo II Administración de Servicios de Salud, tomo III Epidemiología básica y principios de investigación. Primera edición. Editorial CIB. Medellín Colombia. 1997.
5. Concepts of Epidemiology: an integrated introduction to the ideas, theories, principles, and methods of epidemiology / Raj S. Bhopal. Oxford ; New York : Oxford University Press, 2002.
6. Constitución Política de Colombia. Santa Fe de Bogotá. 1991.
7. Descripción de la Mortalidad por Departamentos. Cendex Colombia. 2000.
8. Epidemiology / Leon Gordis. Philadelphia [etc.] : Saunders, cop. 2000. Edición 2nd ed.
9. FLOREZ C. Elisa. Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX. TM editores. Banco de la republica, 2000.

10. FLOREZ J., MAZUERA M.E. Curso modular de epidemiología básica. Facultad Nacional de Salud Pública-Organización Panamericana de la Salud, Medellín, 1994.
11. KAHL. M, Colimon. Fundamentos de Epidemiología. Ediciones Díaz y Santos. Medellín Colombia 2000.
12. LILIENFELD A. & LILIENFELD D. Fundamentos de Epidemiologia, Addison-Wesley Iberoamericana SA. Wilmington, Delawre, USA, 1.987.
13. MARTINEZ, Mancel, ESPINOZA, Gladis, DE LA HOZ, Fernando, JARA, Jorge, RIVAS, Fabio, THOMAS, Lucy, VARONA, Marcela, VELANDIA, Martha. "Principios de Epidemiología". Segunda edición. Traducido con autorización del CDC, por residentes del programa de adiestramiento avanzado en epidemiología aplicado INS – CDC.
14. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud No 78, 1.990.
15. REVELO, Diva. Diagnostico de salud. Putumayo 2003.

# ANEXOS

## ANEXO A.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, medido cronológicamente en años.	Todas las edades	continua	Proporción
SEXO	Característica que diferencia entre un hombre y una mujer.	Femenino, masculino	nominal	Razón
LUGAR DE RESIDENCIA	Corresponde al domicilio habitual, país, departamento y municipio.	País, departamento, municipio	nominal	Proporción
AREA DE RESIDENCIA	Corresponde al perímetro definido de la ocurrencia de los hechos, puede ser cabecera municipal, centro poblado, rural disperso o barrio.	Cabecera municipal, centro poblado, rural disperso, barrio	nominal	Proporción
ESTADO CIVIL	Situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar que puede ser soltero, casado, unión libre, viudo, separado o sin información.	Soltero, casado, viudo, unión libre, separado, sin información	nominal	Proporción
NIVEL EDUCATIVO	Grado de escolaridad de un individuo.	Preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, universitaria incompleta, universitaria completa	ordinal	proporción



TIPO DE AFILIACION	Es el tipo de vinculación de un individuo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Vinculado, subsidiado, contributivo, particular	nominal	Proporción
FECHA DE MUERTE	Año, mes y día en que ocurrió la defunción	Día, mes, año	nominal	Proporción
HORA DE MUERTE	Es el lapso de tiempo en el que ocurrió la defunción, se registra en horas y minutos.	0 – 6 AM, 7-12 am, 1- 6 pm, 7-12 pm, sin establecer	razón	Proporción
CAUSA DE MUERTE	Mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte.	Directa, indirecta, antecedente	nominal	Proporción
COMO DETERMINO CAUSA DE MUERTE	Manera o criterios para deducir la causa de muerte.	Necropsia, historia clínica, muestras de laboratorio, interrogatorio a familiares y testigos	nominal	Proporción
RECIBIO ASISTENCIA MEDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVO A LA MUERTE	Ayuda del personal médico durante el proceso que lo condujo a la muerte.	Si, no, ignorado	nominal	Proporción
OTROS ESTADOS PATOLOGICOS IMPORTANTE	Presencia de alguna enfermedad no relacionada con la enfermedad o estado morbooso que produjo la muerte.	Que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la introdujo	nominal	Proporción
LUGAR DE DEFUNCION	Corresponde al lugar donde ocurrió el deceso, país, departamento y municipio.	Departamento, municipio, barrio o vereda	nominal	Proporción
AREA DE DEFUNCION	Corresponde al perímetro definido donde ocurrió el deceso, puede ser cabecera municipal, centro poblado, rural disperso o barrio.	Cabecera municipal, centro poblado, rural disperso	nominal	proporción

SITIO DE DEFUNCION	Corresponde al sitio donde ocurrió el deceso.	Hospital, (Clínica, casa, domicilio, vía publica centro) puesto de salud, lugar de trabajo, otro sitio sin información, nombre de la institución	nominal	Proporción
PROBABLE MANERA DE MUERTE	Especifica la sospecha si la defunción fue de origen natural o violenta. En el caso en que sea violenta se determina el hecho que puede ser suicidio, homicidio, accidente de transito, otro accidente u en estudio.	Natural, violenta, en estudio	nominal	Proporción
MUERTE SIN CERTIFICACION MEDICA	Muerte a la que no se le diligencia Certificado de Defunción.	Causa probable de muerte	nominal	Proporción
CERTIFICADO EXPEDIDO POR	Persona que diligencia el Certificado de Defunción.	Medico tratante, medico no tratante, medico legista, persona de salud autorizada	nominal	Proporción

**MUERTES VIOLENTAS**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>INDICADOR</b>
PROBABLE MANERA DE MUERTE	Determina el hecho que puede ser suicidio, homicidio, accidente de tránsito, otro accidente o en estudio.	Suicidio, accidente de tránsito, en estudio, homicidio, accidental	nominal	Proporción
COMO OCURRIO EL HECHO	Determina la forma en que se llevo a cabo el hecho.	Herida (clase de arma), atropellado (clase de vehículo) otros	nominal	proporción
LUGAR O DIRECCION DE OCURRENCIA DEL HECHO	Sitio específico donde ocurrió el hecho.	Barrio o vereda	nominal	proporción

**ANEXO B.****CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2006- 2007**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MES</b>
Conformación del grupo coordinador del proyecto, elección de un líder del equipo y elaboración del anteproyecto y marco teórico.	Septiembre 2005
Elaboración del instrumento de verificación	Junio 2006
Solicitud de certificados de defunción	Agosto 2006
Prueba del instrumento de recolección de la información – prueba piloto.	Agosto a Diciembre 2006
Recolección de la información.	Enero a marzo 2007
Análisis de la información y diagnóstico municipal sobre las 10 primeras causas de mortalidad del municipio de Mocoa y sus factores relacionados	Junio 2007
Presentación final del proyecto de investigación	Junio 2007
Diseño de la propuesta y presentación final del estudio a los entes territoriales, municipales, instituciones prestadoras de servicios de salud y comunidad en general sobre los resultados del estudio.	Julio 2007

**TIEMPO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:**

Enero del 2006 a Junio de 2007 .

**ANEXO C.****PRESUPUESTO**

PRESUPUESTO GENERAL	FUENTES		TOTAL POR 6 MESES
	COLCIENCIAS	OTRAS FUENTES PERSONALES	
PERSONAL POR EL PERIODO DE TESIS (4 PERSONAS)		400.000 C/U por Mes	9.600.000
EQUIPOS			
SOFTWARE			
MATERIALES		500.000	500.000
MATERIAL BIBLIOGRAFICO		500.000	500.000
PUBLICACIONES Y PATENTES			
SERVICIOS TÉCNICOS			
VIAJES		3.840.000	3.840.000
CONSTRUCCIONES	No financiable		
MANTENIMIENTO	No financiable		
ADMINISTRACIÓN	(3% del total solicitado)		
<b>TOTAL</b>			<b>14.440.000</b>

**Descripción de los gastos de personal mensual:**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR/EXPERTO/ AUXILIAR	FORMACIÓN ACADEMICA	FUNCIÓN DENTRO EN EL PROYECTO	DEDICACIÓN HORAS SEMANA	RECURSOS			TOTAL SEMANA
				COLCIENCIAS	CONTRAPARTIDA		
					ENTIDAD	OTRAS FUENTES	
Alexandra Mora	Enfermera Jefe	Investigadora	10 horas			R. PROPIOS	100.000
Angélica Bernal	Enfermera Jefe	Investigadora	10 horas			R. PROPIOS	100.000
Adriana Médicis	Odontóloga	Investigadora	10 horas			R. PROPIOS	100.000
Lenny López	Enfermera Jefe	Investigadora	10 horas			R. PROPIOS	100.000
<b>TOTAL</b>							<b>400.000</b>

**Descripción y justificación de los viajes:**

LUGAR Y NUMERO DE VIAJES	JUSTIFICACION	PASAJES	ESTADIA	RECURSOS		
				TOTAL DIAS	COLCIENCIAS	RECURSOS PROPIOS POR 6 MESES
Neiva, 6 viajes por cada integrante del grupo	Asesoría de tesis y sustentación de anteproyecto y proyecto	60.000	100.000	2 días		3.840.000 (POR LAS 4 PERSONAS)

## ANEXO D. BASE DE DATOS EPI INFO

CERTIFICADO DE DEFUNCION

1. INFORMACION GENERAL

1. TIPO DE DEFUNCION: MUERTE FETAL 2. NO  3. HORA DE DEFUNCION: 09:30:00 PM  
 SIN ESTABLECER

4. SEXO: 2. MASCULIN  5. LUGAR DE DEFUNCION: A. DEPARTAMENTO: PUTUMAYO 6. AREA DE DEFUNCION: 3. RURAL DI   
 B. MUNICIPIO: PUERTO LIM 6. AREA DE DEFUNCION: 3. RURAL DI   
 C. INPECCION O CORREGIMIENTO, CACERIO: VEREDA PRI

7. SITIO DE DEFUNCION: 6. OTRO   
 CODIGO:  8. APELLIDO Y NOMBRE DEL FALLECIDO: ERAZO CERO

9. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 2. C.C.  10. FECHA DE NACIMIENTO: ..  11. EL FALLECIDO ERA: 1. SOLTERO

12. EDAD: 1. MENOR DE 1 DIA (0 A 23 HORAS)   
 2. MENOR DE 1 MES (0 A 29 DIAS)   
 3. MENOR DE 2 AÑOS (01 A 23 MESES)   
 4. DE DOS O MAS AÑOS (AÑOS CUMPLIDOS): 0027

13. NIVEL EDUCATIVO: 3. PRIMARIA I

14. REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (PARA LA MUERTE FETAL O DE MENOR DE DOS AÑOS, EL DE LA MADRE): IGNORADO

15. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL (PARA LA MUERTE FETAL O DE MENOR DE DOS AÑOS, EL DE LA MADRE): A. PAIS: COLOMBIA   
 B. DEPARTAMENTO: PUTUMAYO   
 C. MUNICIPIO: MOCOA

16. AREA DE RESIDENCIA (PARA LA MUERTE FETAL O DE MENOR DE DOS AÑOS, EL DE LA MADRE):  
 1. CABECERA MUNICIPAL: BARRIO: SAN AGUSTI  DIRECCION: SIN DATO  NUMERO: 18123688   
 2. CENTRO POBLADO:   
 3. RURAL DISPERSO:

SI LA MUERTE ES FETAL PASE A LA PREGUNTA 14

NOMBRE INSTITUCION: FINCA

Registro: 1 de 14

Pág. 88 Sec. 6 88/88 A 2,5 cm Lín. 1 Col. 1 GRB MCA EXT SOB Español (Col) 11:45 p.m.

En... Archivo Editar Opciones Ayuda

1 Page  
2 Page  
3 Page

Siguiente página  
Guardar datos  
Marcar reg. como borrado  
Buscar

Nuevo

Registro  
1 de 14  
<< < > >>

Valores legales

CONTINUACION

17. PROBABLE MANERA DE MUERTE 2. VIOLENTA 18. CERTIFICADO EXPEDIDO POR 1. MEDICO T

NOMBRE DE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO (EN LETRA IMORENTA) NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS IVAN DARIO

DIRECCION Y TELEFONO MOCOA FIRMA Y NUMERO DE TARJETA PROFESIONAL O REGISTRO 80.092.885

II. DEFEUNCIONES FETALES O MENORES DE UN AÑO

19. LA MUERTE OCURRIO CON RELACION AL PARTO 20. PARTO 1. EMBARAZO

22. TIEMPO DE GESTACION EN SEMANAS  IGNORADO  23. PESO AL NACER

APELLIDOS Y NOMBRES

24. DATOS DE LA MADRE  
25. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION No. 26. EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)

27. NUMERO DE HIJOS (INCLUYENDO EL PRESENTE)  
NACIDOS VIVOS  NACIDOS MUERTOS

28. LA MADRE ES 29. NIVEL EDUCATIVO

III. DEFEUNCIONES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS)

30. ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIO 31. ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ULTIMAS 6 SEMANAS?

32. ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ULTIMOS 12 MESES?

Pág. 88 Sec. 6 88/88 A 17,8 cm Lín. 3 Col. 1 GRB MCA EXT SOB Español (Col)

Inicio Lenny ... 2 Mic... Epi Info Enter ES Encarta 11:47 p.m.



En... Archivo Editar Opciones Ayuda

1 Page  
2 Page  
3 Page

Siguiente página  
Guardar datos  
Marcar reg. como borrado  
Buscar

Nuevo

V. MUERTES VIOLENTAS

33. PROBABLE MANERA DE MUERTE 2. HOMICIDIO 34. COMO OCURRIÓ EL HECHO? SI HERIDO (CLASE DE ARMA); SI AHOGADO (LUGAR); ATROPELLADO (CLASE DE VEHICULO); OTROS (VENENO, ETC) SIN DATO

35. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO VEREDA PRI

IV. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

36. COMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE 1. NECROPSI

37. RECIBIO ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVO A LA MUERTE? 2. NO

38. CAUSAS (EN CASO DE MUERTE FETAL, O DE MENORES DE 28 DÍAS, INFORME TAMBIÉN LAS CAUSAS MATERNAS DIRECTAS O INDIRECTAS EN (C) Y (D) CONS

I. CAUSA DIRECTA

A. CODIGO:	<input type="text"/>	A. TIEMPO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE CADA CAUSA Y LA MUERTE	<input type="text"/>
B) SHOCK HIPO	B. CODIGO:	B. TIEMPO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE CADA CAUSA Y LA MUERTE	<input type="text"/>
C) TRAUMA AB	C. CODIGO:	C. TIEMPO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE CADA CAUSA Y LA MUERTE	<input type="text"/>
D) HERIDA POR	D. CODIGO:	D. TIEMPO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE CADA CAUSA Y LA MUERTE	<input type="text"/>

IV. MUERTES VIOLENTAS

II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES (QUE CONTRIBUYEN A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUCO)

39. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA: CAUSA PROBABLE DE MUERTE PARO CARDI

40. LUGAR DE EXPEDICIÓN MOCOA FECHA 27-02-2005

FIRMA IVAN DARIO NUMERO DE TARJETA PROFESIONAL O REGISTRO 80.092.885

Registro 1 de 14

Valores legales

Dibujar Autoformas

Pág. 89 Sec. 6 89/89 A Lín. Col. GRB MCA EXT SOB Español (Col)

Inicio Lenny ... 2 Mic... Epi Info Enter ES Encarta 11:47 p.m.

**ANEXO E.**  
**GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN LISTA 666/OPS. MOCOA –**  
**PUTUMAYO, AÑO 2005.**

<b>GRUPO DE CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)</b>	<b>Muertes</b>	<b>Proporción (%)</b>
CAUSAS EXTERNAS	33	30,56
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	24	22,22
NEOPLASIAS (TUMORES)	19	17,59
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	12	11,11
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL (2)	9	8,33
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8	7,41
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	1,85
SIN DATO	1	0,93
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO F.  
MORTALIDAD EN HOMBRES**

No.	Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
1	Causas externas	28	43,75
2	Enfermedades del sistema circulatorio	13	20,31
3	Neoplasias (tumores)	9	14,06
4	Todas las demás causas	5	7,81
5	Enfermedades transmisibles	5	7,81
6	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2	3,13
7	Sin dato	1	1,56
8	Ciertas afecciones originada en el periodo perinatal	1	1,56
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO G.  
MORTALIDAD EN MUJERES**

No.	Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
1	Enfermedades del sistema circulatorio	11	25,58
2	Neoplasias (tumores)	10	23,26
3	Todas las demás causas	7	16,28
4	Ciertas afecciones originada en el periodo perinatal	7	16,28
5	Causas externas	5	11,63
6	Enfermedades transmisibles	3	6,98
<b>Total</b>		<b>43</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO H.  
MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO**

No.	Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6	46,15
2	Todas las demás causas	4	30,77
3	Enfermedades transmisibles	2	15,38
4	Causas externas	1	7,69
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO I.  
MORTALIDAD EN GRUPO DE DE 15 A 44 AÑOS**

No.	Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
1	Causas externas	24	75,00
2	Neoplasias (tumores)	3	9,38
3	Todas las demás causas	2	6,25
4	Enfermedades del sistema circulatorio	2	6,25
5	Enfermedades transmisibles	1	3,13
<b>Total</b>		<b>32</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005

**ANEXO J.**  
**MORTALIDAD EN EL GRUPO DE DE 45 A 64 AÑOS**

No.	Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
1	Causas externas	4	40,00
2	Enfermedades del sistema circulatorio	2	20,00
3	Neoplasias (tumores)	2	20,00
4	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1	10,00
5	Todas las demás causas	1	10,00
	Total	10	100,00

**ANEXO K.**  
**MORTALIDAD EN GRUPO DE 65 Y MÁS AÑOS**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
Enfermedades del sistema circulatorio	19	41,30
Neoplasias (tumores)	14	30,43
Todas las demás causas	5	10,87
Enfermedades transmisibles	4	8,70
Causas externas	2	4,35
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1	2,17
Sin dato	1	2,17
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO L.**  
**MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS EN ZONA URBANA.**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
CAUSAS EXTERNAS	25	32,05
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	16	20,51
NEOPLASIAS (TUMORES)	15	19,23
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	9	11,54
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	6	7,69
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	6	7,69
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1	1,28
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO M.**  
**MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE CAUSAS EN ZONA RURAL**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	8	26,67
CAUSAS EXTERNAS	8	26,67
NEOPLASIAS (TUMORES)	4	13,33
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	3	10,00
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	3	10,00
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	2	6,67
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1	3,33
SIN DATO	1	3,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO N.**  
**GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN PERSONAS SIN NINGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.**

<b>Grupo de Causas Lista 666/OPS</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	6	31,58
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	5	26,32
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	3	15,79
NEOPLASIAS (TUMORES)	2	10,53
SIN DATO	1	5,26
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL (1)	1	5,26
CAUSAS EXTERNAS	1	5,26
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00</b>

Nota Aclaratoria. (1) Describe el nivel de escolaridad de la madre.

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO Ñ.**  
**GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN PERSONAS CON PRIMARIA COMPLETA.**

<b>Grupo de Causas Lista 666/OPS</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	6	46,15
NEOPLASIAS (TUMORES)	5	38,46
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	1	7,69
CAUSAS EXTERNAS	1	7,69
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO O.**  
**GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN PERSONAS CON PRIMARIA INCOMPLETA.**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	10	31,25
NEOPLASIAS (TUMORES)	8	25,00
CAUSAS EXTERNAS	8	25,00
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	3	9,38
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	2	6,25
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1	3,13
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO P.**  
**GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN PERSONAS CON SECUNDARIA COMPLETA.**

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
CAUSAS EXTERNAS	9	81,82
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1	9,09
NEOPLASIAS (TUMORES)	1	9,09
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005



**ANEXO Q.****GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

<b>Grupo de Causas Lista 666/OPS</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	17	30,36
NEOPLASIAS (TUMORES)	10	17,86
CAUSAS EXTERNAS	10	17,86
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	6	10,71
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	5	8,93
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	5	8,93
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	3,57
SIN DATO	1	1,79
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO R.****GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.**

<b>Grupo de Causas Lista 666/OPS</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
CAUSAS EXTERNAS	10	38,46
NEOPLASIAS (TUMORES)	7	26,92
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5	19,23
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	3	11,54
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	1	3,85
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año

## ANEXO S.

## GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS EN NO AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (VINCULADOS)

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	2	28,57
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	1	14,29
NEOPLASIAS (TUMORES)	1	14,29
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1	14,29
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1	14,29
CAUSAS EXTERNAS	1	14,29
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005

## ANEXO T.

## GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL: CASADO.

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
NEOPLASIAS (TUMORES)	12	44,44
CAUSAS EXTERNAS	7	25,93
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	3	11,11
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	2	7,41
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	7,41
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1	3,70
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO U.**  
**GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE.**

<b>Grupo de Causas Lista 666/OPS</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
CAUSAS EXTERNAS	10	71,43
NEOPLASIAS (TUMORES)	2	14,29
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2	14,29
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO V.**  
**GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL: SOLTERO.**

<b>Grupo de Causas Lista 666/OPS</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
CAUSAS EXTERNAS	13	48,15
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	5	18,52
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	4	14,81
NEOPLASIAS (TUMORES)	3	11,11
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	2	7,41
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005

## ANEXO W.

GRUPO DE CAUSAS DE MORTALIDAD REGISTRADAS PARA EL ESTADO CIVIL:  
VIUDO.

Grupo de Causas Lista 666/OPS	Defunciones	Proporción (%)
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	12	63,16
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	3	15,79
NEOPLASIAS (TUMORES)	2	10,53
SIN DATO	1	5,26
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	1	5,26
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,00</b>

## ANEXO X.

**CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO CAUSAS EXTERNAS. LISTA 666/OPS.  
MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.**

<b>CAUSAS EXTERNAS</b>		
<b>CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	23	69,70%
ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	4	12,12%
LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	2	6,06%
AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	2	6,06%
EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCLUSIVE SECUELAS	1	3,03%
ACCIDENTES CAUSADOS POR DISPARO DE ARMAS DE FUEGO	1	3,03%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100,00%</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

## ANEXO Y.

**CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO. LISTA 666/OPS. MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.**

<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>		
<b>CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Proporción (%)</b>
ATEROSCLEROSIS	8	33,33
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	5	20,83
PARO CARDIACO	3	12,50
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3	12,50
INSUFICIENCIA CARDIACA	2	8,33
ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACION PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENF. DEL CORAZON	2	8,33
OTRAS DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1	4,17
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

**ANEXO Z.**  
**CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO DE LAS NEOPLASIAS. LISTA 666/OPS. MOCOA –  
 PUTUMAYO, AÑO 2005.**

<b>NEOPLASIAS (TUMORES)</b>		
<b>CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)</b>	<b>Muertes</b>	<b>Proporción (%)</b>
T. MALIGNO DEL UTERO	4	21,05
OTROS TUMORES MALIGNOS	4	21,05
T. MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES	3	15,79
T. MALIGNO DEL ESTOMAGO	3	15,79
T. MALIGNO DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES	2	10,53
T.MALIGNO DE LA PROSTATA	1	5,26
T. MALIGNO DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS, EXCEPTO TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	1	5,26
T. MALIGNO DE LA TRAQUEA , BRONQUIOS Y PULMON	1	5,26
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

## ANEXO A1.

CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO DE TODAS LAS DEMÁS CAUSAS. LISTA 666/OPS.  
MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.

TODAS LAS DEMÁS CAUSAS		
CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)	Muertes	Proporción (%)
MALFORMACIONES GONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	4	33,33
ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	2	16,67
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1	8,33
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	1	8,33
ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1	8,33
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1	8,33
DIABETES MELLITUS	1	8,33
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMINAS NUTRICIONALES	1	8,33
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005



## ANEXO B1.

## CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL. LISTA 666/OPS. MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.

CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL		
CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)	Defunciones	Proporción (%)
RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DESNUTRICION FETAL, BAJO PESO AL NACER Y GESTACION CORTA	6	18,18%
TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	1	3,03%
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	1	3,03%
OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1	3,03%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>27,27%</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

## ANEXO C1.

## CAUSAS DE MORTALIDAD DEL GRUPO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. LISTA 666/OPS. MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.

GRUPO DE CAUSAS MORTALIDAD (LISTA 6/66 OPS)	Muertes	Proporción (%)
SEPTICEMIA	3	37,50
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2	25,00
TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS	1	12,50
MENINGITIS	1	12,50
ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	1	12,50
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Dasalud Putumayo, Certificados de Defunción, Mocoa año 2005.

## ANEXO D1.

## MORTALIDAD TODAS LAS CAUSAS (LISTA 666/OPS.) MOCOA – PUTUMAYO AÑO 2005.

CAUSA LISTA 666/OPS	DEFUNCIONES	PROPORCION (%)
AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	23	21,30%
ATEROSCLEROSIS	8	7,41%
RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DESNUTRICION FETAL, BAJO PESO AL NACER Y GESTACION CORTA	6	5,56%
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	5	4,63%
ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	4	3,70%
T. MALIGNO DEL UTERO	4	3,70%
MALFORMACIONES GONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	4	3,70%
OTROS TUMORES MALIGNOS	4	3,70%

CAUSA LISTA 666/OPS	DEFUNCIONES	PROPORCION (%)
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3	2,78%
T. MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES	3	2,78%
T. MALIGNO DEL ESTOMAGO	3	2,78%
PARO CARDIACO	3	2,78%
SEPTICEMIA	3	2,78%
INSUFICIENCIA CARDIACA	2	1,85%
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2	1,85%
LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	2	1,85%
ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACION PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENF. DEL CORAZON	2	1,85%
AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	2	1,85%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	2	1,85%
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	1,85%
T. MALIGNO DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES	2	1,85%
OTRAS CAUSAS	19	17,59%
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	

**ANEXO E1.**  
**CUADRO COMPARATIVO DE CAUSAS DE MORTALIDAD, SEGÚN EL GENERO MUNICIPIO DE MOCOA, AÑO 2005.**

CAUSAS DE MORTALIDAD LISTA 666/OPS	FEMENINO	INDETERMINADO	MASCULINO	TOTAL
<b>ACCIDENTES CAUSADOS POR DISPARO DE ARMAS DE FUEGO</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS</b>	1	0	3	4
Fila %	25,0	0,0	75,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	4,7	3,7
<b>AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS</b>	1	0	22	23
Fila %	4,3	0,0	95,7	100,0
Columna %	2,3	0,0	34,4	21,3
<b>AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES</b>	1	0	1	2
Fila %	50,0	0,0	50,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	1,6	1,9
<b>ATEROSCLEROSIS</b>	4	0	4	8
Fila %	50,0	0,0	50,0	100,0
Columna %	9,3	0,0	6,3	7,4
<b>DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMINAS NUTRICIONALES</b>	1	0	0	1
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	0,0	0,9
<b>DIABETES MELLITUS</b>	1	0	0	1
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	0,0	0,9
<b>EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO</b>	1	0	0	1
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	0,0	0,9
<b>ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACION PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENF. DEL CORAZON</b>	1	0	1	2
Fila %	50,0	0,0	50,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	1,6	1,9
<b>ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES</b>	2	0	1	3
Fila %	66,7	0,0	33,3	100,0
Columna %	4,7	0,0	1,6	2,8
<b>ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO</b>	1	0	1	2
Fila %	50,0	0,0	50,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	1,6	1,9
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9

CAUSAS DE MORTALIDAD LISTA 666/OPS	FEMENINO	INDETERMINADO	MASCULINO	TOTAL
<b>ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS</b>	2	0	3	5
Fila %	40,0	0,0	60,0	100,0
Columna %	4,7	0,0	4,7	4,6
<b>EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCLUSIVE SECUELAS</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS</b>	1	0	1	2
Fila %	50,0	0,0	50,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	1,6	1,9
<b>INSUFICIENCIA CARDIACA</b>	1	0	1	2
Fila %	50,0	0,0	50,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	1,6	1,9
<b>LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS</b>	2	0	0	2
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	4,7	0,0	0,0	1,9
<b>MALFORMACIONES GONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS</b>	3	0	1	4
Fila %	75,0	0,0	25,0	100,0
Columna %	7,0	0,0	1,6	3,7
<b>MENINGITIS</b>	1	0	0	1
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	0,0	0,9
<b>OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL</b>	1	0	0	1
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	0,0	0,9
<b>OTRAS DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>OTROS TUMORES MALIGNOS</b>	2	0	2	4
Fila %	50,0	0,0	50,0	100,0
Columna %	4,7	0,0	3,1	3,7
<b>PARO CARDIACO</b>	1	0	2	3
Fila %	33,3	0,0	66,7	100,0
Columna %	2,3	0,0	3,1	2,8
<b>RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DESNUTRICION FETAL, BAJO PESO AL NACER Y GESTACION CORTA</b>	5	1	0	6
Fila %	83,3	16,7	0,0	100,0
Columna %	11,6	100,0	0,0	5,6
<b>SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO</b>	1	0	0	1
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	0,0	0,9
<b>SEPTICEMIA</b>	1	0	2	3
Fila %	33,3	0,0	66,7	100,0
Columna %	2,3	0,0	3,1	2,8
<b>SIN DATO</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS</b>	0	0	2	2
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	3,1	1,9

CAUSAS DE MORTALIDAD LISTA 666/OPS	FEMENINO	INDETERMINADO	MASCULINO	TOTAL
<b>T. MALIGNO DE LA TRAQUEA , BRONQUIOS Y PULMON</b>	1	0	0	1
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	2,3	0,0	0,0	0,9
<b>T. MALIGNO DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS, EXCEPTO TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>T. MALIGNO DEL ESTOMAGO</b>	0	0	3	3
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	4,7	2,8
<b>T. MALIGNO DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES</b>	2	0	0	2
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	4,7	0,0	0,0	1,9
<b>T. MALIGNO DEL UTERO</b>	4	0	0	4
Fila %	100,0	0,0	0,0	100,0
Columna %	9,3	0,0	0,0	3,7
<b>T. MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES</b>	1	0	2	3
Fila %	33,3	0,0	66,7	100,0
Columna %	2,3	0,0	3,1	2,8
<b>T.MALIGNO DE LA PROSTATA</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS</b>	0	0	1	1
Fila %	0,0	0,0	100,0	100,0
Columna %	0,0	0,0	1,6	0,9
<b>TOTAL</b>	43	1	64	108
Fila %	39,8	0,9	59,3	100,0
Columna %	100,0	100,0	100,0	100,0

**ANEXO F1.**  
**CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE MOCOA – PUTUMAYO, AÑO 2005.**

CAUSA LISTA 666/OPS	DEFUNCIONES	PROPORCION (%)	% ACUMULADO
AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	23	21,30%	21,30%
ATEROSCLEROSIS	8	7,41%	28,70%
RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL, DESNUTRICION FETAL, BAJO PESO AL NACER Y GESTACION CORTA	6	5,56%	34,26%
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	5	4,63%	38,89%
ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	4	3,70%	42,59%
T. MALIGNO DEL UTERO	4	3,70%	46,30%
MALFORMACIONES GONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	4	3,70%	50,00%
OTROS TUMORES MALIGNOS	4	3,70%	53,70%
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3	2,78%	56,48%
T. MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES	3	2,78%	59,26%
T. MALIGNO DEL ESTOMAGO	3	2,78%	62,04%
PARO CARDIACO	3	2,78%	64,81%
SEPTICEMIA	3	2,78%	67,59%
INSUFICIENCIA CARDIACA	2	1,85%	69,44%
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2	1,85%	71,30%
LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	2	1,85%	73,15%
ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRCULACION PULMONAR Y OTRAS FORMAS DE ENF. DEL CORAZON	2	1,85%	75,00%
AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	2	1,85%	76,85%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	2	1,85%	78,70%
SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	1,85%	80,56%

CAUSA LISTA 666/OPS	DEFUNCIONES	PROPORCION (%)	% ACUMULADO
T. MALIGNO DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES	2	1,85%	82,41%
TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	1	0,93%	83,33%
T.MALIGNO DE LA PROSTATA	1	0,93%	84,26%
T. MALIGNO DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS, EXCEPTO TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	1	0,93%	85,19%
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMINAS NUTRICIONALES	1	0,93%	86,11%
DIABETES MELLITUS	1	0,93%	87,04%
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1	0,93%	87,96%
T. MALIGNO DE LA TRAQUEA , BRONQUIOS Y PULMON	1	0,93%	88,89%
MENINGITIS	1	0,93%	89,81%
ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1	0,93%	90,74%
TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS	1	0,93%	91,67%
SIN DATO	1	0,93%	92,59%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	1	0,93%	93,52%
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	1	0,93%	94,44%
EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCLUSIVE SECUELAS	1	0,93%	95,37%
RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1	0,93%	96,30%
OTRAS DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1	0,93%	97,22%
ACCIDENTES CAUSADOS POR DISPARO DE ARMAS DE FUEGO	1	0,93%	98,15%
OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1	0,93%	99,07%
ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	1	0,93%	100,00%



CAUSA LISTA 666/OPS	DEFUNCIONES	PROPORCION (%)	% ACUMULADO
TOTAL	108		





