

“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011



Municipio de Tarazá – Secretaria de Salud 0

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2008-2011

SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE TARAZA

AÑO 2008

Municipio de Tarazá – Secretaria de Salud 1



INDICE

INTRODUCCION

1.	Contexto Subregional	3
2.	Diagnóstico general de salud municipal	6
2.1.	Características Generales Del Municipio	6
2.2.	Aspectos Socioeconómicos y de Infraestructura	15
2.3.	Características Poblacionales	15
2.4.	Desarrollo Humano y Social	16
2.5.	Infraestructura de Servicios Públicos	25
2.6.	Aspectos Epidemiológicos	26
2.7.	Oferta de Los Servicios de Salud	35
3.	Visión	39
4.	Misión	39
5.	Líneas de Políticas en Salud Territorial y Metas	40
6.	Programas y Proyectos en Salud	41
6.1.	Ejes Programáticos	41
6.1.1.	Eje Programático de Aseguramiento	41
6.1.2.	Eje Programático de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud	47
6.1.3.	Eje Programático de Salud Pública	52
	• Por una Niñez Saludable	56
	• Salud Sexual y Reproductiva	64
	• Salud Mental	70
	• Seguridad Alimentaria y Nutricional	76

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

• Vigilancia Epidemiológica y Gestión Integral	81
6.1.4. Eje Programático de Promoción Social	86
6.1.5. Eje Programático de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.	89
6.1.6. Eje Programático de Emergencias y Desastres	92
7. Indicadores de Evaluación	95
8. Socialización, Control Social y Rendición Pública de Cuentas.	95



1. CONTEXTO SUBREGIONAL¹

El Municipio de Taraza en la Subregión del Bajo Cauca Antioqueño.

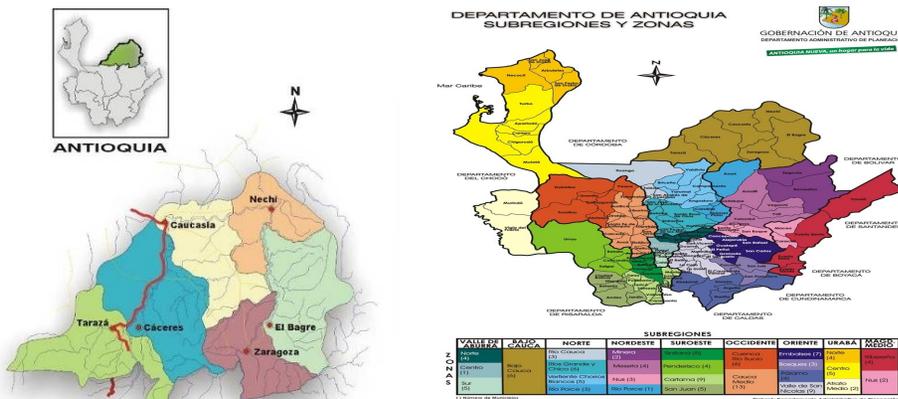
La Subregión del Bajo Cauca antioqueño se encuentra al Nor-oriental del Departamento de Antioquia, conformada por los municipios de Cáceres, Caucasia, El Bagre, Nechí, Taraza y Zaragoza, que a su vez conforman la Zona Bajo Cauca en la división político – administrativa departamental. Limita al norte con el Departamento de Sucre, al oriente con el Departamento de Bolívar, al Sur con los municipios de Segovia, Amalfi, Anori, Valdivia e Ituango, y al Occidente con el Departamento de Córdoba. Territorialmente, comprende las planicies sobre la cuenca baja de los ríos Cauca y Nechí y las estribaciones occidentales de las Serranías de San Lucas y Ayapel. Su máximo estructurante es el Río Cauca que recorre la región de sur a norte.

En su entorno próximo está la región de la Mojana en la que se relacionan valiosos y diversos ecosistemas constituyendo una de las zonas naturales más importantes para Colombia.

El Bajo Cauca se ha construido históricamente como territorio abierto a raíz del establecimiento de múltiples y dinámicas relaciones con otras zonas del país, lo que ha hecho que se convierta en una región rica culturalmente y socialmente. Sobre salen en su economía la Ganadería, la extracción de oro, la madera, la pesca, el comercio y los cultivos de Maíz, Yuca, Caucho y Cacao.

El proceso de urbanización se ha dado por diferentes fenómenos como los generados por los procesos migratorios externos que hacen al Bajo Cauca receptora de población al ofrecer: desarrollo de actividades económicas, ventajas geográficas y estratégicas de comunicación e interacción; además de los factores de expulsión internos como: la crisis minera, el bajo desarrollo rural, inundaciones, pobreza, desempleo y conflicto armado.

La concentración urbana genera además problemas como la contaminación, degradación y deterioro de los recursos naturales y la presión por demanda en vivienda, servicios públicos, equipamientos colectivos y espacio público.



¹ Tomado del Plan de desarrollo m.pal 2008 - 2011

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

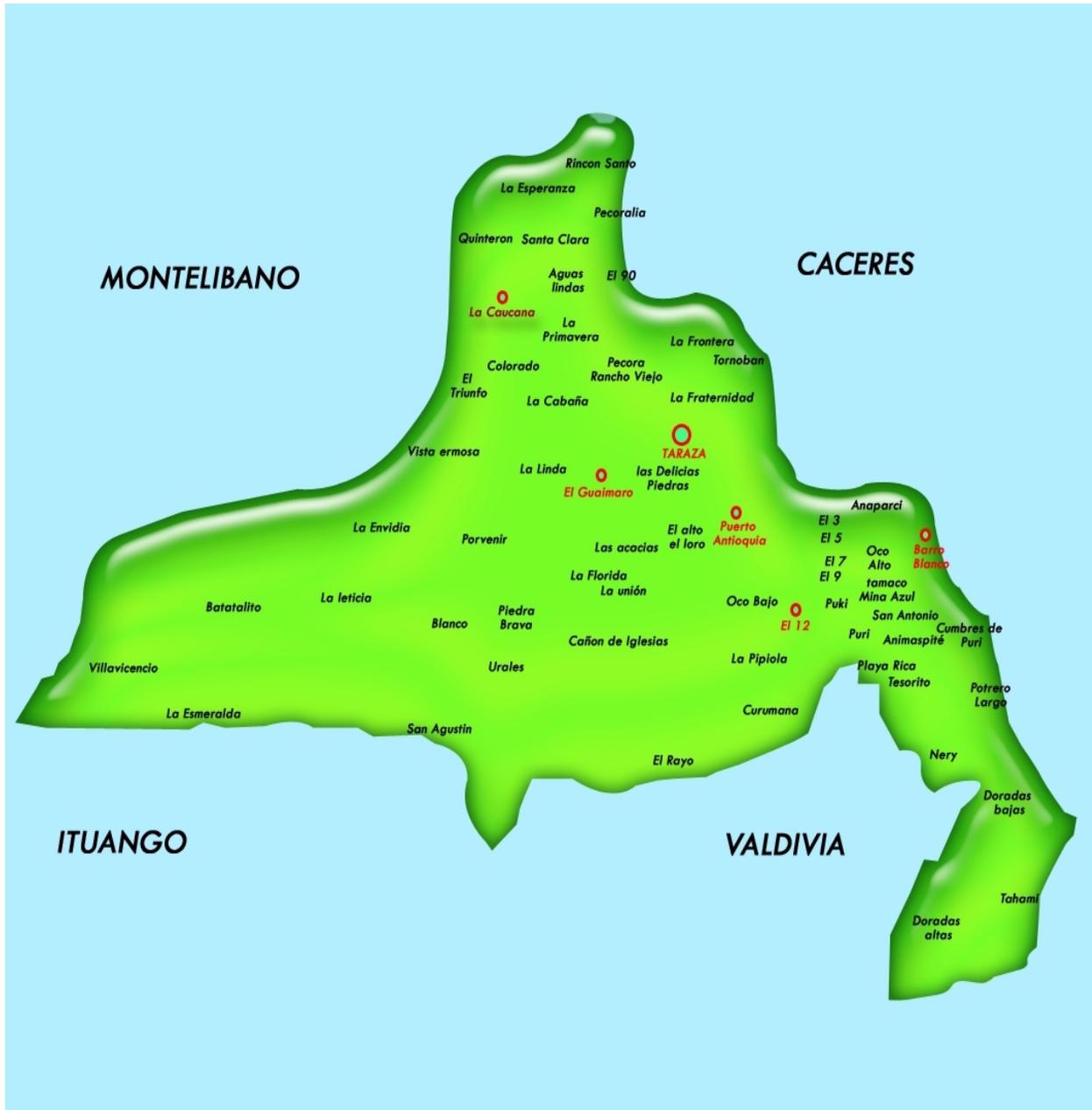
Entre las fortalezas identificadas para la Subregión del Bajo Cauca se destacan la infraestructura vial articulada a las troncales nacionales, existencia de suelos aptos para la ganadería y los cultivos de Caucho y Cacao, estructura comercial y de servicios para el desarrollo subregional; aeropuerto local y presencia de instituciones que apoyan el desarrollo como CORANTIOQUIA, Cámara de Comercio de Medellín, Universidad de Antioquia y el SENA.

Se reconocen como debilidades para el Bajo Cauca la baja calidad y cobertura de la educación; altos índices de analfabetismo; degradación parcial de los suelos; dependencia del sector pecuario; falta de diversificación agroindustrial; insuficiente calidad y baja cobertura de servicios públicos; baja calidad y densidad en el desarrollo de vías secundarias y terciarias; falta de liderazgo y capacidad gerencial en el sector público y privado; baja calidad y cobertura en los servicios de salud; alta desnutrición en niños menores de 7 años; déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda; altos índices de pobreza y miseria.

Las amenazas mas reconocidas están relacionadas con la profundización del conflicto armado; la liberación de importaciones, la inseguridad en el campo; la deforestación y el daño a los ecosistemas estratégicos; la pasividad en la gestión de las instituciones públicas y privadas; los acelerados procesos migratorios que generan una gran demanda por vivienda, servicios públicos, salud, educación, empleo y recreación.

Se destacan como oportunidades los nuevos desarrollos en infraestructura vial; la oferta de educación superior pertinente a la subregión; las nuevas dinámicas nacionales y mundiales de comercio que favorecen la ubicación de la Subregión; la tendencia a realizar inversiones en turismo y recreación; la necesidad que tienen Antioquia y Colombia de volcarse hacia los mercados externos.

DIVISION POLITICA MUNICIPIO DE TARAZA



2. DIAGNOSTICO GENERAL DE LA SITUACION DE SALUD TERRITORIAL

2.1 CARACTERISTICAS GENERALES DEL MUNICIPIO

2.1.1 Fundación

El pueblo de Tarazá fue fundado en 1953, su jurisdicción fue creada como corregimiento de Cáceres a partir del primero de mayo de 1960 hasta el 31 de diciembre de 1978, por iniciativa del dirigente Liberal y diputado de la asamblea departamental de entonces el señor **ROGELIO OSORIO MEJÍA**, fue creado como municipio mediante la ordenanza número 41 de 1978 de la Asamblea del departamento de Antioquia, siendo su presidente el médico **HORACIO MUÑOZ SUESCÚN**; para iniciar su vida jurídica el 1º de enero de 1979.

2.1.2 Ubicación o localización

Está localizado en las coordenadas 7° 35'47'' latitud norte y a 75° 23'45'' longitud oeste, en la república de Colombia, región de Occidente, departamento de Antioquia, subregión del Bajo Cauca.

El Municipio de Taraza se localiza al sur occidente de la región del Bajo Cauca al norte del departamento de Antioquia, a 222 Km. de la ciudad de Medellín, por la carretera troncal de occidente, y por esta misma vía al sur de Cauca, ciudad intermedia Antioqueña, ubicada en los límites con los Departamentos de Sucre y Córdoba, a una distancia de 62 Km., donde esta situado el aeropuerto mas cercano con servicios diarios de transporte aéreo.

2.1.3 Límites Geográficos:

Limita al norte con el Municipio de Cáceres, al sur con el Municipio de Ituango y Valdivia, al oriente con Cáceres y Anorí, y por el occidente con el Departamento de Córdoba.

2.1.4 División Territorial

La jurisdicción municipal tiene una extensión territorial de 1.560 KM² y está conformada por el área urbana y las áreas rurales centro pobladas y dispersas, así:

a. **Zona Urbana:** Esta dividida en cuatro sectores, el río Taraza que corre de sur a norte la divide en los sectores oriental y occidental, y la carretera troncal de occidente que atraviesa el pueblo de sur a norte, posee 23 barrios localizados así:

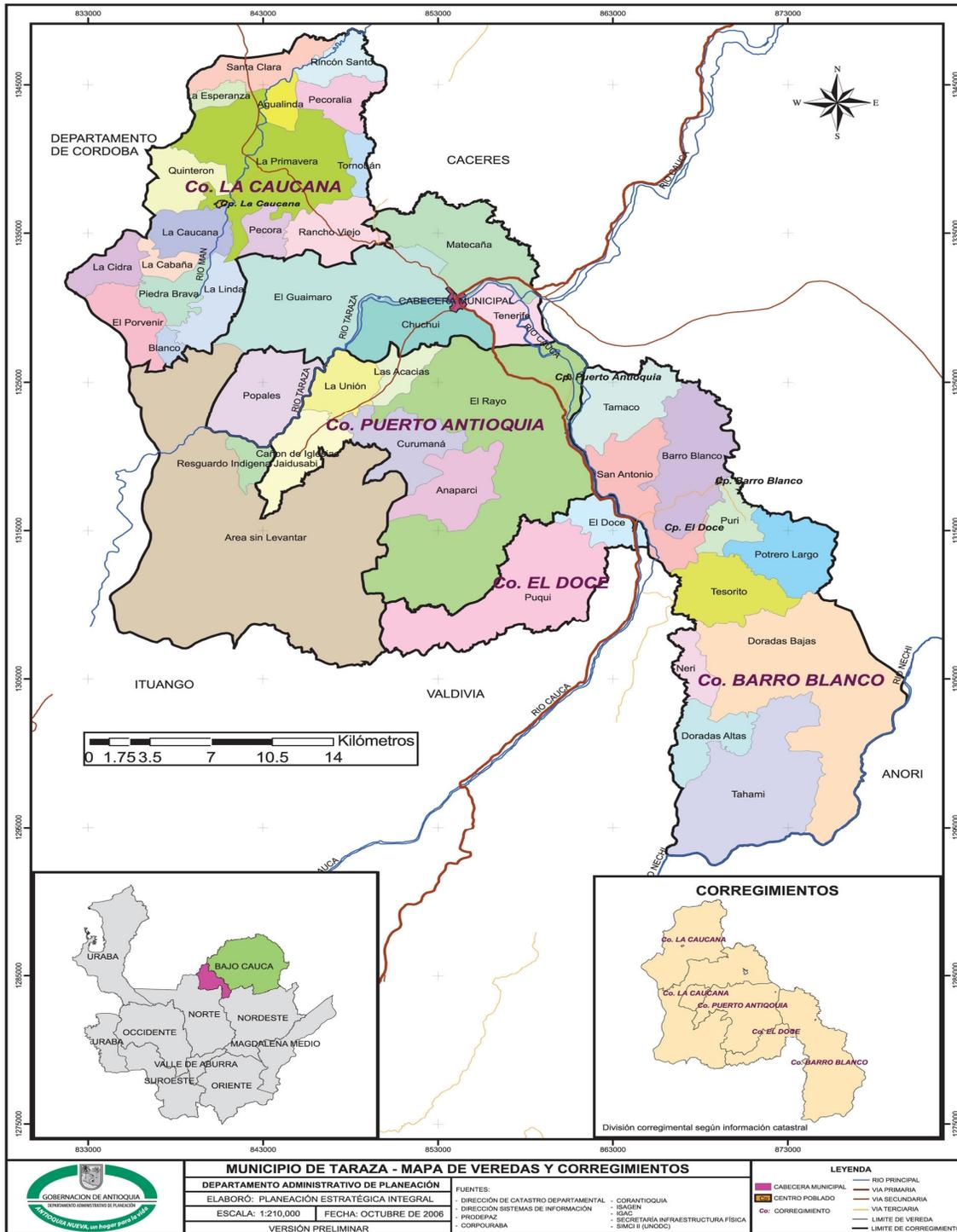
- ❖ **Sector sur:** Buenos Aires, Pavas, la Estrella, Pozo Hondo, Mesetas, Santa Helena, las Palmas, San Miguel, El Bosque, la Bomba, Bijao, la Frontera.
- ❖ **Sector Sur-oeste:** Siete de Agosto, Villa del Lago,
- ❖ **Sector Norte:** la Balastrea, el Paraíso, la Lucha
- ❖ **Sector Nor-este:** Garzón, San Nicolás, María Gaid, Eduardo Correa, Nuevo Milenio, Achira.

b. **Zona Rural:** Dividida en Zona Rural Poblada, que corresponde a los 5 corregimientos y Zona Rural Dispersa que corresponde a las 57 veredas existentes (datos recopilados en la oficina de la Secretaria de agricultura)

Corregimientos: La Caucana, EL Guáimaro San Miguel, Barro Blanco, El Doce, Puerto Antioquia

Veredas: Rincón santo, La Esperanza, Santa Clara, Pecoralia, El Noventa, Aguas Lindas, Quinterón, La Primavera, El Triunfo, Colorado, La Cabaña, Pécora-Rancho Viejo, Tornoban, Las Delicias-Piedras, La Linda, Vista Hermosa, La Envidia, porvenir, Urales, Blanco, Batatalito, La Esmeralda, Villavicencio, Cañón De Iglesias, El Rayo, La Pipiola, El Nueve, El Siete, El Cinco, El Tres, Purí, Cumbres De Purí, Tesorito, Animas Pite, San Antonio, Puquí, Potrero Largo, Nery, Doradas Bajas, Doradas Altas, Tahamí, Oco Alto, La Unión, Las Acacias, La Florida, El Alto Del Loro, Oco Bajo, Piedra Brava, San Agustín, La Frontera, La Fraternidad, Mina Azul, Tamaco, Playa Rica, La Leticia, Anaparcí, Curumaná.

“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011



 <p>GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN SECRETARÍA DE SALUD</p>	MUNICIPIO DE TARAZÁ - MAPA DE VEREDAS Y CORREGIMIENTOS		LEYENDA RIO PRINCIPAL VIA PRIMARIA VIA SECUNDARIA VIA TERCIARIA CORREGIMIENTO LIMITE DE VEREDA LIMITE DE CORREGIMIENTO	
	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN			FUENTES: DIRECCIÓN DE CATASTRO DEPARTAMENTAL DIRECCIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN PRODEPAZ CORPOURABIA
	ELABORÓ: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA INTEGRAL			
	ESCALA: 1:210,000	FECHA: OCTUBRE DE 2008		
 <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>		VERSIÓN PRELIMINAR	- CORANTIOQUIA - ISAGEN - ISAC - SECRETARÍA INFRAESTRUCTURA FÍSICA - SIMC II (GNDDC)	

2.1.5 Altura, Clima y Topografía

La altura de la cabecera está a 125 metros sobre el nivel del mar y la jurisdicción tiene una temperatura promedio de 28 grados centígrados.

De los 1.560 KM² de extensión, el 95% con 1.482 KM² poseen clima cálido; el 4.7% con 73 KM² tienen clima medio, y el resto, el 0.3% con 5 KM², se encuentran en clima frío.

La mayor parte del territorio es ondulado, al sur hay una pequeña porción montañosa en las serranías del Abibe y Ayapel, siendo este último accidente geográfico, también el límite natural con el departamento de Córdoba.

2.1.6 Hidrología

El municipio de Taraza cuenta con una gran riqueza hídrica, sus tierras son regadas por los caudales de los siguientes afluentes : ríos Cauca, Nechí, Taraza, Puquí, el Rayo, Man, San Agustín San Juanillo, San Sereno y San Matías y las quebradas de el Diablo, el tres, piedras, Pozo Hondo, Chuchui, Quinterón, Sabaletas, Piedra azul.

Estas microcuencas ameritan una cuidadosa e inmediata intervención mediante el desarrollo de programas de control a la minería, de saneamiento básico y reforestación, teniendo en cuenta que muchas de estas fuentes abastecen los acueductos para el consumo humano y animal de la jurisdicción.

La precipitación fluvial es de 4.160 milímetros anual.

2.1.7 Vías de comunicación: Encontramos las vías de comunicación municipal y vías De comunicación Veredal

Las principales vías interregionales son:

Tarazá-La Palmera: Es una carretera secundaria del orden departamental, es una vía en afirmado en mal estado y debido a esto poco utilizada en las relaciones ínter regiones; en jurisdicción del municipio de Tarazá tiene una extensión de 25 Km., y articula la red vial de acceso a las veredas y haciendas que se ubican al occidente de la troncal.

Tarazá - Cañón de Iglesias: Es una carretera terciaria del orden municipal, es una vía en afirmado en mal estado. su extensión aproximada es de 21 km. Esta vía surgió de la necesidad de comunicar a Tarazá con Ituango, pero ante las condiciones tan abruptas del terreno que hicieron costosa la construcción se desecho el proyecto.

El Doce - Barro Blanco: Vía terciaria del orden departamental, destapada, con una longitud aproximada de 8 Km.; fundamental para la comunicación de las veredas que se localizan al sur oriente del municipio sobre la margen derecha del río Cauca; el

corregimiento Barro Blanco se constituye en punto de convergencia para las veredas más lejanas como Doradas Alta, Doradas Baja y Tahamí.

Troncal - Puerto Antioquia: Ramal de aproximadamente 2 Km. que se desprende de la troncal y llega hasta Puerto Antioquia.

Otras vías:

Ramal de acceso al Guaimaro: Se desprende de la vía Tarazá - La Palmera, vía en mal estado sin afirmado.

Ramal de acceso a la Caucana: Se desprende de la vía Tarazá - La Palmera, vía en regular estado.

Ramal de acceso a Piedra Brava: es un ramal de acceso que se desprende de la vía de la Caucana en muy mal estado.

Ramal de acceso al Triunfo: es un ramal de acceso que se desprende de la caucana, en mal estado.

Vía El Topacio - La Honda: vía en regular estado.

Vía Barro Blanco - Corrales. Vía en regular estado.

Ramal Barro Blanco- San Antonio: vía en pésimo estado, solo se transita con motocicleta o bestias.

El resto de vías: Solo se transita en bestia y en alguna de ellas hay que atravesar el Cauca con chalupa.

Relaciones urbano-Regionales

Las relaciones de la municipalidad con el país y el resto del departamento se dan por vía terrestre a través de las vías: Troncal de Occidente que de Medellín conduce a la Costa Atlántica integrando varias regiones tales como el Valle de Aburra, subregión del Norte y el Bajo Cauca, y por vía aérea a través del aeropuerto de Caucaasia

Vínculos Vía Terrestre

Vía Troncal de Occidente

Es una vía de orden nacional, y por el volumen de tránsito, especialmente de vehículos de carga desde y hacia la costa Atlántica presenta un estado de mantenimiento regular; la orientación de esta vía en su paso por el municipio es aproximadamente sur - norte,

paralela al río Cauca sobre su margen izquierda; la extensión de esta vía en jurisdicción de Tarazá es de aproximadamente 16 Km., desde el puente sobre el río Puquí al sur hasta el puente sobre la quebrada Noá al norte. Desde la cabecera hacia el norte, la Troncal comunica con los municipios de Cáceres y Caucasia en el departamento de Antioquia y con toda la Costa Atlántica a través del sistema vial de esta región del país. Hacia el sur con los municipios de Valdivia, Yarumal, Santa Rosa, Don Matías y el área metropolitana del Valle de Aburra. Por la ubicación del municipio alrededor de esta vía, Tarazá es paso obligado de personas y mercancías que se desplazan hacia el interior, desde regiones como Urabá y de los que vienen desde el resto de la Costa Atlántica pasando por Montería; esta situación ha favorecido el asentamiento de grupos de desplazados de estas regiones; este mismo hecho se presenta aunque en menor escala desde la región norte del departamento.

Vínculos Vía aérea

El aeropuerto de Caucasia tiene carácter regional ya que sirve a los municipios de Tarazá, Cáceres, Caucasia y Nechí en el departamento de Antioquia, y Montelíbano, Puerto Libertador, Ayapel y la Apartada del Departamento de Córdoba; a nivel comercial el servicio es atendido por dos aerolíneas a través de 6 vuelos diarios de lunes a sábado, el día domingo se realizan dos vuelos, es utilizado básicamente para la movilización de pasajeros con aeronaves de tipo Twin Oter.

Sistema Vial y de Transporte Interregional e Interveredal.

Existen dos sistemas de comunicación: terrestre y fluvial, este último en la actualidad tiene un uso mínimo a consecuencia del desplazamiento generado por la troncal paralela al río Cauca, principal arteria fluvial; que atraviesa el municipio. La primera comunica al municipio con el resto del país por vía terrestre.

Inventario Vial Urbano

Las vías en el área urbana de acuerdo al tráfico vehicular y a los sectores que comunican se dividen en:

Vías arterias en el área urbana: las vías que conforman el plan vial urbano básico tienen como función atraer el flujo vehicular de larga distancia, unen el sistema residencial con zonas de uso residencial y de comercio. Atienden volúmenes de tránsito en distancias relativamente grandes, predomina el vehículo particular y el de transporte público. Dentro de dicha clasificación se pueden catalogar las siguientes vías: La Troncal, la Cr 28, la Cr 32 y la Cr 31.

Vías de Servicio: conjunto de vehiculares y peatonales cuya función principal es facilitar el acceso directo a las propiedades o actividades adyacentes a las vías. Para este sistema debe restringirse el transporte público y de carga y la velocidad de operación está condicionada al desarrollo de las actividades y flujos peatonales existentes. En el

caso del municipio de Tarazá, hacen parte de esta categoría: Crs: 29, 29A, 30B, 30, 30A, 33, 34, 3+4A, 35, 36, 36A, 37, 37A, Transversal 37A y B, Calles: 28B, 30 35, 36

Vías Peatonales En la zona urbana del municipio de Tarazá el 98% de las vías están habilitadas para el uso peatonal y vehicular a excepción de las calles 21ª, 22 y 22A que por sus altas pendientes solo son utilizadas como vías peatonales. De la misma manera la carrera 30 solo se utiliza para el paso de peatones debido a que el ancho la calzada es muy reducido.

Sistema de transporte: Cuenta con sistema de transporte intermunicipal e Interveredal.

Transporte intermunicipal: El servicio de transporte lo prestan las empresas de Coonorte, Rápido Ochoa, Brasília, Coopetraban. El parque automotor esta conformado por vehículos tipo termo King, micro busetas, y taxis.

Transporte Interveredal: El servicio hacia los corregimientos es prestado por cooperativas de Transportadores, como es el caso de COMTRASTA, que se encuentra en la cabecera municipal y presta sus servicios a la Caucana, el Guáimaro y el doce, para el acceso a las veredas el servicio es prestado por cooperativas ubicadas en el corregimiento la caucana y en el municipio de Uré (Córdoba). Así mismo se cuenta con Chiveros particulares, para otras zonas, otra alternativa es el servicio de moto taxis, el transporte fluvial y el mular.

2.1.8 Amenazas: El incremento de la población y la construcción de numerosas edificaciones, ha provocado el crecimiento desordenado del casco urbano del municipio de Tarazá hacia las zonas y áreas no aptas, como zonas de pendientes fuertes y la ocupación de la Llanura de inundación, así como de los retiros de las vías de comunicación y caños internos; todas estas causas han acelerado los procesos modeladores del paisaje por lo que son potenciales originadores de amenazas en el territorio municipal.

En el área urbana de Tarazá se presentan las siguientes amenazas:

Amenaza por Deslizamiento

Este fenómeno se da principalmente en las zonas de alta pendiente y que están ocupadas con vivienda. Ocurre principalmente en el barrio Las Palmas, por varios caños, presenta fuertes pendientes, suelos inestables y a esto se añade la presencia de viviendas de madera en su mayoría, con banqueos hechos en cualquier punto de la pendiente. El fenómeno también es acelerado por el vertimiento de las aguas residuales directamente sobre el suelo.

Amenaza por Inundación:

En el casco urbano del municipio las avenidas torrenciales se han presentado en la quebrada Pozo Hondo (por represamiento con sedimentos de mina, que ha causado pérdidas materiales y humanas); también se presentan en los caños que atraviesa los barrios Pavas y Bijao, su pendiente y su cauce estrecho en algunos tramos puede favorecer su represamiento por basuras o por deslizamiento de sus vertientes.

En las llanuras de inundación y zonas de las vegas bajas, donde se ubican los barrios La Lucha, La Balastera, San Nicolás y Garzón la amenaza es evidente por crecientes periódicas del río Tarazá, como ocurrió el pasado 19 de mayo del presente año, que se desbordo el rio causando estragos en la Vereda de Cañón de Iglesias y en varios sectores urbanos, los cuales hoy por hoy están un poco más protegidos por la construcción de muros y gaviones.

Se presentan otras problemáticas tales como:

Los problemas de alcantarillas, canales y caños deficientes, puentes y viviendas sobre los cauces de las quebradas y cunetas de las vías impiden el paso normal de las aguas; se dejan aguas corriendo libremente en pendientes empinadas de laderas construidas. Así como también aumento de caudal por vertimientos domésticos afectando partes bajas y el sector de los barrios La Bomba y Villa del Lago.

Por la falta de control de las aguas lluvias en los sectores urbanizados, estas se convierten casi siempre, en aguas superficiales aumentando rápidamente las crecientes en caños, quebradas y ríos.

En el área urbana del municipio, uno de los procesos antrópicos que también se debe atender adecuadamente es la eliminación de basuras y escombros. Se observa frecuentemente contaminación por basuras en el río Tarazá. De igual forma ocurre en los cauces de caños y quebradas como en: Quebrada Pavas- Bijao, Caño Plaza de Mercado, Quebrada Pozo Hondo y en otros caños internos del municipio.

2.2. ASPECTO SOCIOECONOMICO Y DE INFRAESTRUCTURA

La Subregión Bajo Cauca: Área Agroindustrial fundamental para el desarrollo nacional²

El Bajo Cauca se perfila como una de las Subregiones con más desarrollo en el Departamento de Antioquia. La posibilidad de establecer una Zona Franca en el Municipio de Caucaasia con régimen aduanero y fiscal especial con el fin de fomentar la industrialización de bienes y la prestación de servicios orientados principalmente a los mercados externos y de manera subsidiaria al mercado nacional, permitiría realizar operaciones de comercio internacionales directas.

La construcción de importantes obras de infraestructura para comunicarla con el río Magdalena, el golfo de Urabá y los puertos del Caribe, le brindaran grandes oportunidades a los municipios que la conforman. La consolidación del cordón productivo Caucho – Cacao, la reactivación de la minería, la construcción de micro centrales generadoras de energía y la tecnificación de la ganadería pueden hacer de la subregión una área agroindustrial fundamental para el desarrollo nacional.

Estas expectativas generan un reto dirigencial para los sectores público y privado para lograr superar los problemas y aprovechar las inmensas oportunidades, a partir de una cultura de conocimiento aplicado, eficiencia y eficacia en la inversión de los recursos y gestión por resultados.

2.2.1 Actividad Económica:

La economía tradicional de Tarazá ha tenido como actividades principales la ganadería extensiva, la explotación de oro, la explotación de madera, la piscicultura y los cultivos de yuca y maíz. En los últimos años se han desarrollado los cultivos de caucho - cacao.

Según los datos del DANE en el censo de 2.005 en las actividades económicas urbanas el comercio ocupa el 58.10%, los servicios el 38.2%, la industria el 2.6% y otras actividades el 1.0%. Los sectores que más empleos generan son el comercio y los servicios.

El 41,2% de las viviendas rurales ocupadas, con personas presentes el día del censo, tenían actividad agropecuaria. El Porcentaje de actividades productivas agrícolas es de 27,9%, pecuaria 96,2%, piscícola 2,6%. La mayoría de las viviendas tiene simultáneamente 2 o 3 tipos de actividades.

Del total de cultivos asociados a la vivienda rural el 30,0% corresponde a transitorios solos, el 14,5% a transitorios asociados, el 37,3% a permanentes solos y el 18,2% a permanentes asociados.

² Plan de desarrollo m/pal 2008 - 2011

El potencial económico de Tarazá esta relacionado con los cultivos de caucho, cacao, la reforestación ambiental – comercial, los cultivos de yuca y jatropha destinados a la producción de biocombustibles, la ganadería, la piscicultura y la producción de energía en micro céntricas que aprovechen la riqueza hídrica y las condiciones del territorio.

Será fundamental para el Municipio el Ordenamiento Territorial Rural a partir de principios de sostenibilidad y aprovechamiento planificado de los recursos naturales. La investigación aplicada a estos sectores con la vinculación del sector educativo a los proyectos productivos y la búsqueda de valor agregado por transformación y agroindustrialización.

2.3. CARACTERISTICAS POBLACIONALES

2.3.1 Dinámica Poblacional

Para el año 2.007 el DANE proyectaba una población de 34.883 habitantes para el municipio pero las cifras del Sistema de Información para la selección de beneficiarios de los subsidios sociales registran una población de 45.166 habitantes, 22.245 en la cabecera urbana, 12.799 en el área rural poblada y 9.942 en el área rural dispersa.

Estos datos dan cuenta de la gran dinámica poblacional del municipio por su localización en límites con el departamento de Córdoba y sus relaciones con las Subregiones Norte y del Urabá Antioqueño.

Tabla N° 1:

POBLACIÓN (Censo)			
AÑOS	TOTAL	CABECERA	RESTO
2005	32,943	17,852	15,091
93/05	2.98	5.75	0.56
Estimada 2006	33,902	18,591	15,311
Estimada 2007	34,883	19,328	15,555

FUENTE DANE

2.3.2 SISBEN

El sistema de identificación de beneficiarios se encuentra adscrito a la oficina de Planeación Local y esta administrado por una persona nombrada en propiedad, a quien le corresponde diligenciar la ficha de clasificación e ingresarla al sistema, de igual manera le corresponde dar respuesta a inquietudes periódicas de personas que no están conformes con el puntaje obtenido en la selección y verificar información de nuevos solicitantes del servicio. Teniendo en cuenta la inconformidad de la comunidad respecto a los resultados, las inconsistencias en las fichas en la información procesada, y la obligatoriedad de actualizar la base de datos cada mes.

Tabla 2: Distribución de Población por Zonas.

Población (Sisben)				
Año	Cabecera	Rural Poblada	Rural Disperso	Total
2008	22.425	12.799	9.942	45.166

2.4. DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL.

El principal componente del desarrollo son las personas. Un municipio que no desarrolla el potencial de su gente y empodera e integra su tejido social difícilmente podrá emprender cualquier plan que llegue a buen término. Para abordar el diagnóstico del desarrollo humano y social se analizara la situación de la salud, la educación, el tejido social – comunitario, la situación de la población vulnerable, la cultura y el deporte como elementos integrados que nos permiten reconocer la situación actual.

Es importante notar inicialmente el alto nivel de población en situación de pobreza y miseria (97.7 % de la población total del municipio) identificada en la ficha municipal de Tarazá (DAP), que podría traducirse en bajos niveles de desarrollo humano y social, como lo muestra el siguiente cuadro

Tabla 3: Nivel de pobreza

POBLACIÓN POBRE Y EN MISERIA 2006		
Nivel	NÚMERO	%
Miseria (Nivel 1)	25,121	74.1
Pobreza (Nivel 2)	8,001	23.6
Total Pobreza	33,122	97.7

FUENTE Nuevo SISBEN, Planeación Dptal.

Un nivel de necesidades básicas insatisfechas del 64.50% de la población total del municipio, puede entenderse también como un bajo nivel de acceso a la salud, la educación, la vivienda, el equipamiento social y los servicios públicos, que evidencian bajos niveles de desarrollo humano y social. (Ver indicadores de necesidades básicas insatisfechas para el municipio de Tarazá)

Tabla 4: Necesidades Básicas Insatisfechas

POBREZA POR NBI, 2005(Censo)		
Área	% NBI	Población co NBI
Urbana	66.20	11,818
Rural	62.60	9,447
Total	64.50	21,265

FUENTE: DANE.

2.4.1 Afiliación a la Seguridad Social

De los 45.166 habitantes con que cuenta el municipio de Taraza, según la base de datos del SISBEN, 30.432 personas se encuentran afiliadas a Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), distribuidas así: 21.173 pertenecen a Coosalud, 9.161 a EMDISALUD, 98 a CAPRECOM; 2746 se encuentran afiliadas al Régimen Contributivo y 11.988 al vinculado, que siguen en lista de espera a que asignen nuevos cupos para gozar del régimen subsidiado³.

Tabla 5: Distribución Poblacional Por Estado De Aseguramiento

REGIMEN.	ASEGURADO.
Subsidiado.	30.432
Contributivo.	2.746
Vinculado.	11.988
Total población.	45.166

De la población total, 33.178 habitantes se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que nos muestra una cobertura del 73 %. El 27 % se encuentra por fuera del sistema.

De otro lado hay que resaltar que el 98.8 % de la población del SISBEN se encuentra en niveles 1 y 2. A pesar de que muchas de las personas afiliadas al régimen subsidiado deberían pertenecer al régimen contributivo, situaciones como la temporalidad del empleo, la situación económica de los empleadores, la falta de conocimiento del

³ FUENTE: Régimen subsidiado: contratos realizados por el municipio
Régimen Contributivo: FIDUFOSYGA

funcionamiento del sistema de salud y la cultura de no pago de la salud hace que no sea posible desvincular esta población.

Tabla 6: Distribución Poblacional por Niveles del Sisben.

Concepto	Población Sisbenizada 2008					
	NIVELES					TOTAL
	1	2	3	4	5	
POBLACIÓN	36.977	7.674	510	5	0	45.166
%	81,87	16,99	1,13	0,01	0,00	100,00

Tabla 7: Distribución por Grupos Etareos y Sexo

POBLACIÓN 2008 (Sisben)									
ZONA	CABECERA		RURAL POBLADA		RURAL DISPERSO		TOTAL		
EDAD / SEXO	F	M	F	M	F	M	F	M	F+M
< de 1 Año	501	519	272	277	203	206	976	1002	1978
< De 5 Años	1729	1781	971	1009	728	747	3428	3537	6965
De 6 Años	255	233	153	161	139	121	547	515	1062
De 7 - 11	1334	1362	710	827	578	606	2622	2795	5417
De 12 a 18	1712	1731	917	975	735	755	3364	3461	6825
MEF (10-49)	7198	0	3950	0	2951	0	14099	0	14099
TOTALES	12729	5626	6973	3249	5334	2435	25036	11310	36346

2.4.2 Discapacidad

Existe en el Municipio una Asociación de Discapacitados llamada “ASODISTA”, asociación de Discapacitados de Tarazá, constituida el 20 de abril de 2003, agrupando a 212 personas.

En el Municipio se creó “La Política Pública de Discapacidad”, mediante acuerdo 25 del 18 de septiembre del 2006, que determina las líneas de acción a desarrollarse en materia de Discapacidad y reglamenta el funcionamiento del Consejo Municipal de Discapacidad, ente responsable de ejecutar y evaluar la política. Todo esto, ha sido

posible con el respaldo del Comité de Rehabilitación de Antioquia, ahora Alas de Nuevo (ADN).

Para atender los niños y niñas con necesidades educativas especiales, desde el año 2007, con el apoyo de secretaria de educación departamental, se desarrollan las aulas de apoyo, a cargo de tres profesionales: psicóloga, trabajadora social y fonoaudióloga, atendiendo 30 alumnos, especialmente en las Instituciones Educativa Antonio Roldan, Rafael Núñez y la Caucana, y en las escuelas de mesetas y las palmas

Tabla 8: Población en condición de discapacidad

POBLACIÓN VULNERABLE: Discapacidad (Sisben)				
SEXO	CABECERA	RURAL POBLADA	RURAL DISPERSO	TOTAL
Hombres	150	90	64	304
Mujeres	109	65	42	216
Total	259	155	106	520

2.4.3 EDUCACION

Solo el 19.3% de la población de 3 a 5 años asiste a un centro educativo formal. El 80.70% de la población de 3 a 5 años esta por fuera del sistema educativo lo que indica una baja cobertura en educación preescolar.

El 73.3% de la población de 6 a 10 años asiste a un centro educativo formal. De los niños de 6 a 10 años el 26.70 % esta por fuera del sistema escolar indicando un nivel insuficiente de cobertura en educación primaria.

El 55.6% de la Población de 11 a 17 años asiste a un centro educativo formal. Un 44.40 % esta por fuera del sistema educativo lo que genera una baja cobertura en secundaria.

En lo relacionado con el número de estudiantes por nivel, la población escolar del municipio esta distribuida así ⁴ :

⁴ Núcleo Educativo Municipal 2008

Tabla 9: Relación Población Estudiantil

RELACION POBLACION ESTUDIANTIL						
ZONA	NIVEL	PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA	MEDIA	COBERTURA
ZONA URBANA		369	2941	1400	252	2930 ALUMNOS 91 DOCENTES
	DOCENTES	150				
ZONA RURAL		17	1077	132	0	
	DOCENTES	44				
TOTAL		580	4018	1532	252	

Tarazá tiene formulado su Plan Educativo Municipal (PEM) que será evaluado en un Foro Educativo en el año 2.008 por iniciativa de la comunidad educativa. Cuenta con 285 docentes de los cuales 142 pertenecen al escalafón 6 ; 13 directivos oficiales y 10 directivos administrativos.

2.4.3.1 Analfabetismo

Tarazá presenta una tasa de analfabetismo de (21.20%) para la población mayor de 15 años. Esta situación es particularmente preocupante por la manera como afecta la calidad de vida de las personas y reduce sus opciones de inserción a los procesos productivos, por lo cual será importante establecer programas y proyectos para solucionar esta problemática. El indicador del DANE toma como referencia la población mayor de 15 años que se encuentra en esta situación en las áreas rural y urbana.

Tabla 10:

TASA DE ANALFABETISMO Por zona (Población >= de 15 años)		
ÁREA	TASA %	ANALFABETOS
Urbana	18.50	2,017
Rural	13.20	1,863
Total	21.20	3,880

FUENTE: DANE

2.4.3.2 Deserción Escolar

La Dirección de Sistemas de Indicadores de Planeación Departamental en el boletín de los Municipios de Antioquia en cifras 2.005, reporta para la cabecera urbana de Tarazá una deserción escolar de 10 % y para el resto del territorio de 15.20%. Como total presenta una cifra de 12.10% de los matriculados.

2.4.3.3 Infraestructura para la Educación

El municipio cuenta con siete (7) instituciones educativas y veintiún (21) centros educativos con modalidades en preescolar, educación primaria, secundaria, media, con horarios diurnos, nocturnos y sabatinos, todos de carácter mixto. En el área urbana están localizados las IE Antonio Roldan Betancur, la Inmaculada y Rafael Núñez que en general se encuentran en regular estado y no se ajustan a la Norma Técnica Colombiana 4595 sobre arquitectura e ingeniería para construcciones escolares, ni al código colombiano de construcciones Sismo Resistentes NSR – 98.

En los centros poblados de los corregimientos están las Instituciones Educativas La Caucana, Carlos Arturo Quintero, Montenegro y la Palmera que se encuentran en regular estado y al igual que las del área urbana no se ajustan a la NTC 4595 y la NSR – 98.

Los 21 centros educativos rurales se encuentra en mal estado y son notables los casos del Centro Educativo las Acacias y el Centro educativo del Guáimaro que no tiene unidad sanitaria. Varios centros educativos presentan problemas para la dotación de equipos de cómputo por la falta de energía eléctrica para las instalaciones y la conexión de los equipos

Las plantas físicas de las instituciones suman 139 aulas, 3 laboratorios y 4 bibliotecas. Están dotadas con 70 computadores, 40 de ellos con acceso a Internet para los estudiantes.

La infraestructura para la educación es uno de los grandes retos para consolidar un importante sector del desarrollo en nuestro Municipio.

2.4.4 Tejido Social y Comunitario

En el año 2.007 se presentaron 42 casos de Violencia Intrafamiliar lo que se convierte en una muestra importante de los procesos de desintegración de los núcleos familiares que afectan a la comunidad y en especial a los niños, adolescentes y mujeres. Si bien no se

tienen cifras precisas son preocupantes también entre la comunidad el consumo de drogas psicoactivas y alcohol sobre todo en los jóvenes.

Otro hecho importante en la dinámica del tejido social comunitario es la ausencia de espacios institucionales y participativos para los jóvenes en su proceso de integración a las actividades públicas, culturales, productivas y recreativas.

Es importante reconocer el impacto negativo de las situaciones de violencia porque se han convertido en un mecanismo extremo y doloroso para la solución de conflictos y diferencias llegado a ubicar las agresiones personales como la primera causa de defunción en el municipio. Esta situación se relaciona con el conflicto armado cuyos actores presionan y amenazan a la comunidad generando incluso procesos de desplazamiento forzado de los que se han atendido 84 casos.

La pérdida de confianza en las instituciones públicas es también palpable lo que se manifiesta en pérdida de sentido de pertenencia y desmotivación comunitaria para la participación en los procesos institucionales de formulación de políticas y proyectos para el desarrollo y en general en los asuntos municipales.

El Municipio cuenta con 49 Juntas de Acción Comunal (9 están sin legalizar), 1 Liga de Usuarios, 1 veeduría ciudadana, 13 grupos de mujeres, 3 grupos de la tercera edad y 5 grupos juveniles.

Tabla 11: Organizaciones de participación social ⁵

Organizaciones Sociales Municipales	
Tipo de Organización	Numero de Organizaciones
Juntas de Acción Comunal Urbana	11
Juntas de Acción Comunal Rural	38
Liga de usuarios	1
Veeduría Ciudadana	1
Grupo de Mujeres	13
Grupo de la tercera edad	3
Grupo juveniles	5
Total Organizaciones	72

En educación Superior, la universidad de Antioquia, y la Corporación Universitaria Rémington, poseen sedes ubicadas en el municipio de Caucasia, de fácil acceso para la comunidad Taraceña. Con presencia en el Municipio se encuentran El SENA, La Universidad Católica del Norte, La Corporación Universitaria del Caribe “CECAR”.

⁵ Secretaria de Desarrollo a la Comunidad 2008

2.4.4.1 Hogares Comunitarios

En convenio con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de Cauca, operan 49 hogares tradicionales y 4 FAMI, los cuales atienden 689 niños. Las Madres Comunitarias están agrupadas en 2 asociaciones a saber: El Amparo del Niño y El Palmar de Antioquia, cada una de estas tiene una Representante y todas las madres son capacitadas constantemente por el ICBF.

Los medios y mecanismos de participación comunitaria son: un canal local de televisión y 4 emisoras de radio, 3 ubicados en la cabecera municipal y 1 en el corregimiento del DOCE; a los cuales la comunidad tiene acceso cada vez que sea necesario.

2.4.5 Actividades De Cultura, Deporte Y Recreación

El municipio cuenta con la Casa de la Cultura Norberto Rico Pérez, de carácter público adscrito a la alcaldía, la cual presta los servicios a la comunidad en general urbana y rural, funciona la biblioteca municipal, la sala bilingüe y la sala virtual.

Se desarrollan programas de formación: Escuela de música, con banda sinfónica, música folklórica y semilleros; danza y teatro. Además, se realizan diferentes actividades en el año como: semana cultural (septiembre), mes del niño (abril), vacaciones recreativas (junio y diciembre), fiestas del río (enero), entre otros.

En el área deportiva, encontramos el Instituto Municipal para el deporte y la recreación de Taraza, IMDERETA, Desde aquí se desarrollan los programas de juegos escolares, intercolegiales y departamentales; en Fútbol, hay las categorías de: pony, juvenil, adultos y veteranos (120 jugadores) con los que se realizan torneos locales, intermunicipales y de fútbol de salón (80 jugadores).

Actualmente se esta realizando Monitorias deportivas en: Fútbol con 150 niños, Ciclismo y Bicicross con 40 niños cada uno.

INDEPORTES, a través del programa “POR SU SALUD MUEVASE PUES”, donó un gimnasio, el cual en las instalaciones de un gimnasio particular.

Así mismo se realizan torneos de ajedrez, jornadas lúdico - recreativos con los adultos mayores, ciclo paseos ecológicos, apoyo a vacaciones recreativas y el programa Mi Bici, con la entrega por parte del departamento de bicicletas a los niños estudiantes.

2.5 INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS⁶

2.5.1 Acueducto y Alcantarillado

El servicio de Acueducto y Alcantarillado es administrado por la empresa **Aguascol S.A. ESP**, con 3812 suscriptores en acueducto y 2403 con alcantarillado.

El servicio de Acueducto Urbano tiene una cobertura del 80.52 % de las viviendas, comercio e instituciones. Uno de los problemas más importantes es la presión por la demanda creada por los procesos de urbanización de emergencia, ocasionados por el desplazamiento forzado y la baja calidad de vida en el área rural. En particular el Barrio Las Palmas se desarrollo superando la cota de servicio del actual sistema y en la actualidad captan y consumen agua sin ningún tipo de tratamiento.

El alcantarillado urbano presenta una cobertura de 72%. Es importante detallar el caso del Barrio las Palmas que no cuenta con redes de alcantarillado.

Tabla 12:

SERVICIOS PUBLICOS 2006 (Viviendas)			
COBERTURA %	TOTAL	URBANO	RURAL
Acueducto	66.20	80,52(a)	49.40
Agua potable	0.00	0.00	0.00
Alcantarillado	56.30	72,0 (b)	37.80
Energía	89.20	98.70	78.10
Densidad Telefónica	4.61
Aseo	67.70	92,2 (c)	44.70

(a) Posee planta de tratamiento

(b) No posee tratamiento de aguas residuales

(c) No posee servicio de disposición adecuada de desechos sólidos(Relleno sanitario)

FUENTE: Censo 2005 y Sisben 2004

La cobertura de acueducto en las viviendas del área rural es en la actualidad de 49.40% y no se tienen procesos de tratamiento. El Atlas Veredal del Departamento de Antioquia en el cuadro resumen del municipio de Tarazá presenta a las veredas de Agua Linda, Cañón de Iglesias, Curumaná, Doradas Altas, El Rayo, La Esperanza, La Linda, La Primavera, Matecaña, Nerí, Pecoralia, Popales, Puquí, Purí, Quinterón, Tahamí, Tamaco y Tesorito, con cero cobertura de acueducto en sus viviendas. Estos indicadores

⁶ Tomado del plan de Desarrollo m/pal 2008

permiten deducir también que ninguna de las veredas presenta una cobertura total en sus viviendas del servicio de acueducto.

El área rural presenta una cobertura de alcantarillado y saneamiento básico en sus viviendas de 37.80%. Las veredas Agua Linda, Cañón de Iglesias, Curumaná, Doradas Altas, El Rayo, El tres, La Esperanza, Chuchuí, La Linda, La Primavera, Matecaña, Nerí, Pecoralia, Popales, Puquí, Purí, Quinterón, Tahamí, Tamaco Tesorito, Tomoban y Santa Clara no cuentan con ningún tipo de cobertura de estos servicios de acuerdo con los indicadores del Atlas Verdal del Departamento de Antioquia.

2.5.2 Energía y Alumbrado Público

El área urbana del municipio presenta una cobertura de 98.70% de las viviendas, comercio e instituciones. Debe lograrse en el cuatrienio 2.008 – 2.011 el 100% de cobertura.

Las viviendas del área rural presentan una cobertura del servicio de energía del 78.5%. Es importante localizar y georeferenciar esta problemática para iniciar un plan que permita solucionarlo en el cuatrienio 2.008 – 2.011.

La cobertura de Alumbrado Público alcanza el 60% de las calles y espacios públicos del área urbana y los centros poblados del área rural. Será importante realizar un esfuerzo por lograr la cobertura del 100% de estos espacios urbanos.

2.5.3 Telefonía y Conectividad a Internet

Los indicadores de la ficha municipal del DAP muestran una densidad telefónica del 4.61%. En las áreas urbana y rural se tiene cobertura de tres (3) de los más importantes operadores de telefonía celular nacional. La Empresa Departamental de Telefonía de Antioquia (EDATEL) ofrece el servicio de conexión a Internet por banda ancha en toda el área urbana y existe una sala comercial de Internet y servicio de telecomunicaciones de larga distancia.

En el área rural la telefonía con posibilidad de conexión a Internet esta referida a los corregimientos y a los equipamientos mas importantes como Instituciones Educativas y Centros de Salud.

2.5.4 Manejo Integral de Residuos Sólidos

El municipio cuenta en la actualidad con la Empresa de Servicios Públicos que realiza el barrido de los sectores con más dinámica de uso comercial e institucional y la recolección que cubre el 92.2% de las viviendas, comercio e instituciones del área urbana.

La Empresa de Servicios Públicos esta trabajando de acuerdo con el Plan de Gestión Integral de los Residuos Sólidos (PGIRS) en la formulación de un proyecto para la construcción y operación de un centro de acopio y aprovechamiento municipal de residuos sólidos donde serán almacenados, separados y clasificados según su potencial de reuso y transformación, para su posterior comercialización. La operación se realizara de manera gradual iniciando a corto plazo con clasificación y comercialización y aun mediano plazo con transformación y aprovechamiento. La disposición de los residuos orgánicos se esta realizando en una celda provisional habilitada entre los municipios de Tarazá y Cáceres que deberá clausurarse de acuerdo con las recomendaciones de Corantioquia cuando se construya un relleno sanitario definitivo.

Uno de los problemas más importantes en el manejo de los residuos sólidos municipales tiene relación con la baja cultura de separación y clasificación en los hogares lo que dificulta el aprovechamiento de los materiales reciclables y la vida útil del relleno sanitario.

En la actualidad la Corporación Autónoma Regional del Centro de Antioquia esta trabajando en la formulación de un relleno sanitario Subregional que permitirá la disposición final de los residuos no aprovechables de los municipios de Cáceres, Tarazá y Valdivia.

2.6 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En los indicadores del DANE sobre las causas de morbilidad en el año 2.006 llama la atención la alta incidencia de casos de caries dental y las complicaciones futuras que estos pueden tener por la falta de seguimiento y tratamiento.

Tabla13: Causas de morbilidad

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD 2006		
CAUSAS	NÚMERO	PARTICIPACIÓN %
Personas en contacto con serv	7,783	60.1
Caries dental	1,393	10.8
Fiebre de origen desconocido	645	5.0
Otros traumatismos	625	4.8
Parto único espontáneo	488	3.8
Otras infecciones agudas respi	448	3.5
Pesquisa prenatal	413	3.2
Diarrea y gastroenteritis	409	3.2
Otras enfermedades del sist. u	386	3.0
Otras	362	2.8
Total	12,952	100.0

FUENTEDANE

2.6.1 Causas de Defunción

La primera causa de defunción en el municipio son las agresiones personales (30.2%). Le siguen las enfermedades isquémicas del corazón (12.1%), los accidentes de transporte (6.5%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (5.6%) y la Neumonía (4.7%). Al analizar estas cifras puede concluirse que la violencia se está convirtiendo en un importante problema de salud pública en Tarazá.

Si se tiene en cuenta que las enfermedades isquémicas del corazón están relacionadas con los estilos de vida sedentarios y las malas prácticas de alimentación será importante emprender programas de educación y prevención para reducir la ocurrencia de estos casos. En cuanto a las enfermedades respiratorias es importante considerar la relación de estas enfermedades con el auto cuidado y la conservación de un medio ambiente sano. La ocurrencia de accidentes de tránsito puede estar relacionada con el impacto de la troncal nacional del norte que atraviesa una parte importante del territorio y la inexistencia de vías vehiculares y peatonales que integren el área urbana entorno al río Tarazá. A continuación se presentan los indicadores sobre las causas de defunción en el municipio en el año 2.006 elaborado por el DANE.

Tabla14: Causas de defunción

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN 2006		
CAUSAS	NÚMERO	PARTICIPACIÓN %
Agresiones	65	30.2
Enfermedades isquémicas del corazón	26	12.1
Eventos de intención no determinada	17	7.9
Accidentes de transporte	14	6.5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	12	5.6
Neumonía	10	4.7
Enfermedades hipertensivas	6	2.8
Ahogamiento y sumersión accidentales	5	2.3
Septicemia, excepto neonatal	4	1.9
Enfermedades cerebrovasculares	3	1.4
Otras	53	24.7
Total	215	100.0

Nota: Cifras preliminares.

FUENTE: DANE

Tabla 15: Tasa de Muertes Violentas

TASA DE MUERTES VIOLENTAS POR 100.000 HABITANTES		
Homicidios	Accidentes de tránsito	Suicidios
193.6	41.1	2.9

FUENTE: Dirección Seccional de Salud de Ant.

2.6.2 Análisis de Morbilidad y mortalidad

De acuerdo a los datos recopilados por la Secretaria de Salud, en el año 2007, las enfermedades de más común ocurrencia son la Enfermedad Diarreica Aguda en los niños menores de 5 años (1.300 casos que afectaron al 20.3% de este grupo de edad y que reporta una muerte en el año 2.007), la Infección Respiratoria Aguda (los 1.816 casos afectaron al 28.4% de los niños menores de 5 años) y que podría explicarse por la limitada cobertura de Acueducto y Alcantarillado en las áreas Urbana y Rural. La malaria por Vivax y la Malaria por Falciparum presentan una alta ocurrencia que debe ser estudiada. Otras enfermedades como la Varicela y la Leishmaniasis muestran indicadores preocupantes como lo muestra la información de la Dirección Local de Salud.

Las enfermedades de transmisión sexual muestran indicadores preocupantes. En general la población tiene un bajo nivel de información y conocimiento de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. La actividad sexual se inicia a temprana edad (10 a 11 años) y con varias parejas sexuales. Existe también un desconocimiento sobre los métodos de anticoncepción y planificación familiar.

Son de igual forma preocupantes los altos índices de consumo de licor y drogas psicoactivas en especial por los jóvenes que si bien no se registran tienen un gran impacto en la comunidad.

Tabla 16:

Principales Enfermedades Reportadas a la secretaria de Salud en el año 2.007	
Descripción de la Enfermedad	Numero de Casos
Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años	1300
Infección Respiratoria Aguda en niños menores de 5 años	1816
Malaria por Vivax	3133
Malaria por Falciparum	202
Malaria por Mixtas	13
Leishmaniasis	34
Tuberculosis Respiratoria	11
Varicela	54
Dengue Clásico	26
Dengue Hemorrágico	2

En el año 2.007 se reportaron 42 casos de Violencia Intrafamiliar que deben tratarse y clasificarse de acuerdo con su ocurrencia y características para atenderlos en sus componentes psicológicos y sociales.

Según datos entregados por las IPS que tienen cobertura en el municipio, a marzo de 2008 las principales causas de morbilidad de acuerdo a grupos etarios, son:

Tabla17: Causas de Morbilidad y Mortalidad General

Morbilidad y Mortalidad		
GRUPO DE EDAD	MORBILIDAD	MORTALIDAD
< 1 Año	IRA, Neumonía, Bronquiolitis, Riesgo Séptico por Parto Domiciliario	Patologías Respiratorias
1 a 4 Años	EDA, IRA, Parasitosis, Amigdalitis, Neumonía.	Patologías Respiratorias
5 a 14 Años	Parasitosis, Anemias, Piodermias, Otitis, Desnutrición.	Patologías Respiratorias, Trauma por Accidente de Transito
15 a 44 Años	Vaginosis, ITS, IVU, Lumbalgia, Dermatitis.	Muerte Violenta, Trauma por Accidente de Transito
45 a 59 Años	HTA, Dislipidemias, Diabetes, Lumbalgias, EPOC.	Muerte Violenta, Trauma por Accidente de Transito, I.A.M
60 y Mas	ICC, HTA, Diabetes, Dislipidemias, Cardiopatías, EPOC.	Muerte Violenta, I.A.M

TABLA 18. EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA AÑO 2007
ANEXO 1

ESTADISTICAS VITALES												
POBLACION				NACIMIENTOS				MUERTES				
DANE		SISBEN						VIOLentas		NATURAL		OTROS*
37185		45166		501				112		55		1
MORTALIDAD EVITABLE												
PERINATAL			MATERNA		DESNUTRICION			EDA		IRA		
Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	
1	0,03		1	2,69	66	177,49		1	2,69	0	0,00	
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES 2007												
DENGUE				MALARIA						LEISHMANIOSIS CUTANEA		
CLASICO		HEMORRAGICO		MIXTA		FALCIPARUM		VIVAX				
Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	
26	69,92	2	5,38	13	34,96	202	543,23	3134	8428,13	36	96,81	
INFECCIONES TRANSMISION SEXUAL												
Hepatitis B			Sifilis			Sifilis Gestacional			VIH/SIDA			
Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		
2	5,38		3	8,07		20	53,79		3	8,07		
INMUNOPREVENIBLES				MICOBACTERIA				ZOONOSIS				
Varicela				TBC Pulmonar				Exposicion Rábica				
Nº de Casos		Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos		Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos		Tasa X 100 mil Hbtes.		
54		145,22		11		29,58		3		8,07		
VIOLENCIA												
ACCIDENTES MAP - MUSE				INTENTO DE SUICIDIO				VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF)				
Nº de Casos		Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos		Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos		Tasa X 100 mil Hbtes.		
36		96,81		5		13,45		42		112,95		
INTOXICACIONES												
SUSTANCIAS QUIMICAS						ALIMENTARIAS		OFIDICOS Y PONZOÑOSOS				
Fosforado Organico y Carbamato			Otros plaguicidas		Mercurio							
Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.	Nº de Casos	Tasa X 100 mil Hbtes.		
5	13,45		1	2,69	22	59,16	9	24,20	20	53,79		

2.6.3 Factores de Riesgo Asociados a la Morbimortalidad:

Entre los factores de Riesgo asociados a la Morbimortalidad del Municipio, encontramos: Alto índice de analfabetismo, Bajo Nivel Socio Económico, Malos Hábitos Alimenticios y de Higiene, Hacinamiento, Sedentarismo, Tabaquismo, Vías muy Transitables sumado a la poca educación en las normas de Transito, Pocos espacios para la recreación y violencia social.

En cuanto a la prestación y calidad de los servicios por parte de las IPS, falta promoción de estos, así como actividades de demanda inducida.

2.6.4 Factores de Riesgo Asociados al Ambiente:

La proliferación de cultivos ilícitos y el aprovechamiento no planificado de los recursos naturales ha creado graves problemas ambientales como la deforestación, la degradación de suelos, la destrucción y la contaminación de los bosques de reserva en las microcuencas de las quebradas Pozo Hondo y Chuchui. Al mismo tiempo se presenta contaminación atmosférica y de aguas por excretas y productos químicos (plaguicidas, mercurio), mal manejo y disposición de los residuos sólidos y líquidos.

El saneamiento básico es otro problema fundamental del municipio. Las aguas residuales del área urbana se vierten sobre los ríos Tarazá y Cauca sin ningún tipo de tratamiento y en el área rural, donde la cobertura de saneamiento básico es 37.80%, las aguas residuales de las viviendas se vierten contaminadas sobre las quebradas y ríos del municipio.

- **Residuos Sólidos:**

Sobre el manejo de residuos sólidos no se tienen una política clara para su manejo en el área rural. En el área urbana no se cuenta con un centro de reciclaje y la disposición de los recursos orgánicos se realiza en una celda provisional lo que evidencia falta de planeación y gestión frente a estas necesidades. La comunidad tiene bajo nivel educativo en el manejo y la separación de los residuos e incluso todavía algunas familias contaminan el río Tarazá con residuos.

- **Aseo urbano y Rural:**

Es prestado por la Empresa de Servicios públicos de Taraza S.A. E.S.P, con una cobertura del 85% de la población, con tres carros compactadores dos con capacidad de carga de 6 toneladas y uno de 9 y media toneladas, la disposición final se hace en la vereda piedras, cada vehículo hace 2 viajes diariamente, prestan también servicio en las localidades de la Caucana, el Doce, Puerto Antioquia, Piedras y el Km. 3-al 11.

Los botaderos a campo abierto ubicados en la vereda de Piedras y corregimiento de la Caucana fueron cerrados por Corantioquia en el mes de Septiembre del 2005, actualmente cuenta con permiso provisional para depositar los escombros solo la

vereda piedras. Se viene trabajando con Corantioquia la construcción de una compostera, la cual esta próxima para su entrega.

Existe convenio entre los municipios de Cáceres y Taraza para la construcción de un relleno sanitario en el Km. 9 jurisdicción de Taraza, lote avalados por Corantioquia.

- **Residuos sólidos Hospitalarios y similares:**

La empresa social del Estado, Hospital San Antonio, la IPS Salud Familiar, los consultorios médicos, odontológicos y laboratorios clínicos cuentan con un plan de manejo integral de los residuos sólidos peligrosos; ante los requerimientos y lineamientos nacionales sobre el tratamiento de los desechos sólidos, se logro un mejor manejo de los residuos hospitalarios y contratan con la empresa “ Bioresiduos”, ubicada en Montería, que realiza recorridos semanales para la recolección de los residuos.

- **Sustancias tóxicas (Plaguicidas):**

El cambio de la explotación de oro a cultivos ilícitos, ha incrementado el uso de plaguicidas y herbicidas, propiciando así un alto riesgo a la población mediante la contaminación de las fuentes de agua, y manejo inadecuado de los agroquímicos causando intoxicaciones en la comunidad. Las IPS solo reportaron 3 accidentes e intoxicaciones por plaguicidas hasta el mes de septiembre del 2007, en cambio por accidentes ofídicos se reportaron hasta la misma fecha 18 accidentes por serpientes en su gran mayoría identificadas.

Se han realizado campañas de educación, vigilancia y control sobre el manejo de sustancias toxicas, al igual que se esta implementando su adecuado expendio y almacenamiento.

- **Mercurio:**

Una de las principales fuentes de la economía en Taraza, a través del tiempo, ha sido el proceso de la minería, aunque ya no es la actividad básica, aun se continua utilizando el mercurio (azogue) en la recuperación y producción del oro, sin haber adoptado las medidas necesarias para no contaminarse o contaminar, lo que convierte esta actividad en generadora de riesgo para toda la población.

Hasta el año 2007 El Programa de Mercurio fue manejado en convenio por la DSSA y el municipio con un promotor exclusivo para este programa, para el año 2008, este proyecto fue asignado a los Técnicos Area de la Salud.

- **Condiciones del aire, ruido y suelo:**

En general, hay una alta incidencia de enfermedades ocasionadas por la contaminación atmosférica, por el mal manejo del ruido y por utilización de fogones de leña.

En la zona urbana:

- ✓ Falta control de las autoridades para hacer cumplir las normas sobre emisión de gases y ruido, a los dueños y conductores de vehículos particulares, públicos y oficiales.
- ✓ Falta de concientización y control de autoridades sobre el alto volumen de los equipos de sonido en los establecimientos públicos.

En la zona rural, se viene presentando una alta incidencia de enfermedades respiratorias por el uso continuo de fogones de leña.

- **Establecimientos especiales:**

La falta de aseo de utensilios, enseres, estructura, propicia la proliferación de artrópodos, roedores, bacterias y hongos. Entre los establecimiento encontramos: Depósitos, almacenes agroquímicos (29), Piscina publica (2), Estaciones de venta de combustible, gasolina y gas (12), Hotel, hospedaje, motel, residencias, coreográficos (18), Teatro, coliseo, gimnasio, estadio, circo (2), Salas de masaje, centros de estética y cosmetología (2), Establecimientos educativos (33), Prestadoras de servicios de Salud IPS (16), Centro de bienestar del anciano (2), Cárcel, Cuartel, inspección (6), Cementerio, sala de velación (4).

- **Alimentos y medicamentos:**

El aumento indiscriminado de expendedores ambulantes de alimentos y medicamentos, ha puesto en riesgo la población, incrementándose la incidencia de intoxicaciones. Entre los productores de distribuidores de alimentos y medicamentos, están: Hogares comunitarios (49), Cafeterías, heladerías, estadero (40), Expendios estacionarios (80), Tienda, granero (145), Bar, cantina, grill, fuente de soda, discoteca (248), Vehículo transportador de alimentos (10), Farmacias, droguerías, deposito drogas, tienda naturista (45), Guarderías, hogares juveniles (2), Manipuladores de alimentos (200).

- **Zoonosis:**

En cuanto a accidentes rábicos, existe una problemática generalizada en el municipio que afecta la vigilancia epidemiológica, ya que las instituciones de salud no reportan a la dirección local los accidentes rábicos, hasta el mes de octubre solo se reportaron 9, se viene trabajando con el COVE el reporte inmediato a los Técnicos del Area de la Salud

En el año 2006 debido al poco tiempo asignado para este campo y debido a que solo se entrego la vacuna antirrábica en el mes de septiembre, en el municipio de Taraza solo se alcanzo a vacunar la zona urbana obteniendo una cobertura total de 40.15% así: 39.05 caninos y de 43.02 felinos para un total de 1000 dosis aplicadas. En el 2007 se vacunaron 1524 caninos (85% del total), y 456 felinos (66.9% del total)⁷.

- **Vectores:**

El municipio de Taraza es una zona endémica para la proliferación de enfermedades causadas por vectores como lo es la malaria, dengue, leishmaniosis, enfermedad de chagas entre otros.

Para contrarrestar la proliferación de estos vectores se realizan jornadas de recolección de inservibles, tanto en zona urbana como rural, limpieza de tanques de agua, rondas fumigación con el vehiculo de la DSSA, zona urbana, abatización, se trabaja con bacilos en viviendas positivas con larvas, y se complementa con charlas educativas y educación sanitaria a la comunidad. Este programa está a cargo de los Técnicos de Salud Ambiental coordinados directamente desde el Departamento.

Así mismo la Secretaria de salud en cabeza de su director gestiona con la DSSA, la conformación de una “Red de Malaria”, para realizar jornadas de desparasitación de malaria en la cabecera municipal y sus corregimientos.

2.6.5 Factores de riesgo Asociados al Comportamiento y estilos de Vida:

A nivel social: Se presentan situaciones farmacodependencia, madresolterismo en adolescentes, prostitución, tabaquismo y alcoholismo. Pero no hay datos concretos en estas áreas porque falta sistematizar, a veces los registros se llevan de forma manual, no hay datos previos o no se han realizado investigaciones al respecto.

En Violencia intrafamiliar, se presentan datos de 57 casos en el 2006 y 42 en el 2007, en una mirada a las cifras, pareciera que los casos han disminuido, pero esta situación no corresponde con la realidad municipal expresada por la comunidad, líderes, mesa de infancia y familia y actores institucionales, quienes afirman que es una problemática que aun se presenta en nuestra comunidad pero que no todos los casos se denuncian.

Ante la poca denuncia se encuentra que las personas, No tienen apoyo o piensan que lo pueden perder, No les creen en las instituciones o en el hogar, Falta de respuesta adecuada de las entidades competentes o Temor a venganzas del agresor.

A nivel económico: Bajos niveles de ingresos de la población, altos niveles de desempleo, altos niveles de población flotante.

⁷ Datos suministrados por Técnicos de Saneamiento

A nivel cultural: Bajos niveles de educación en la población del municipio, influencia de los cultivos ilícitos. Falta de escenarios, espacios y programas permanentes para el fomento de la recreación y el deporte. A pesar de las campañas realizadas sobre la promoción de la lactancia materna, no se ha logrado erradicar en un 100% los mitos y temores mal infundados sobre la misma, llevando esto a un impacto negativo en la salud y el bienestar general de los bebés aunados a la desventaja económica que esto representa.

2.6.6 Factores de Riesgo asociados a la Prestación de Servicios:

El desconocimiento frente a los deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud ha desencadenado inconformismos por parte de ambos actores, ocasionando dificultades en el acceso, si bien por que demandan lo que el sistema no contempla, no lo utilizan o por el contrario hacen un mal uso del servicio (consultadores crónicos). El Sistema de Seguridad social en salud, al mismo tiempo limita la prestación del servicio ya que Tarazá solo posee servicios de I nivel de complejidad, creando la necesidad a los pacientes de desplazarse a otros municipios en busca de la atención requerida, y no siempre cuentan con los recursos para hacerlo, lo cual agrava su estado de salud. A su vez, la población que reside en la zona rural frecuentemente ve limitado el acceso por la distancia, el estado de las vías y las pocas posibilidades económicas.

2.7 OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.7.1 Infraestructura en Salud

La estructura de prestación de servicios del municipio de Tarazá en la red pública, está constituida por la E.S.E. Hospital San Antonio, de primer nivel de complejidad, con sus cuatro puestos de Salud localizados en los corregimientos La Caucana, Barroblanco, El Doce y EL Guaimaro.

En general estas edificaciones se encuentran en buen estado, algunas muestran deterioro en cubiertas, particiones internas, unidades sanitarias y pintura lo que amerita la realización de un mantenimiento a sus instalaciones. La dirección local de salud propone también completar su dotación de amoblamiento y material hospitalario de Trabajo. En el caso de la ESE San Antonio la oferta de servicios es insuficiente considerando el tamaño del municipio y la complejidad de los casos que se atienden por lo que se estudia y gestiona con las instancias pertinentes, el traslado de la ESE a una unidad hospitalaria de mayor tamaño, “Clínica San Martín”, que prestó sus servicios como entidad privada y fue tomada por el gobierno nacional para el fondo de reparación a las víctimas del conflicto armado, para de esta forma habilitar áreas y procedimientos a la prestación de servicios de mayor nivel de complejidad.

El sistema de referencia está establecido para el segundo nivel con la ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita en el municipio de Cauca, el Hospital San Juan de Dios de

Yarumal y para el tercer nivel con el hospital Universitario San Vicente de Paúl, el hospital General y la clínica Cardiovascular, en el municipio de Medellín

La IPS Salud Familiar presta servicios en una clínica privada de primer nivel. En el área urbana prestan además servicios cinco (5) consultorios médicos particulares, tres (3) consultorios odontológicos y tres laboratorios clínicos. En el área rural presta servicio un consultorio médico particular.

Tabla 19: Inventario de prestadores de servicios de salud por ubicación Municipio de Tarazá

TIPO DE PRESTADOR	NOMBRE DE LA INSTITUCION	UBICACIÓN
RED PUBLICA		
Empresa Social del Estado	Hospital San Antonio	Urbana
Puestos de salud	Caucana	Rural
	El doce	
	Barro blanco	
	El Guáimaro	
RED PRIVADA		
Institución Prestadora de servicios de Salud	Salud Familiar	Urbana
Consultorios Médicos Particulares	Dra.: Joanna Montoya	Urbana
	Dra.: Maleivy Mastrodomenico	
	Dr.: Jose Camargo	
	Dr.: Wilmer López	
	Dr.: Gersain	
Laboratorio Clínico	Dra. Gladys Miguel	Urbana
	Dra.: Mónica Gómez	
	Dr.: Jorge Rodríguez	
	Dr.: Gustavo	
	2 Tomas de muestras	RURAL
Consultorios Odontológicos	Dra.: Beatriz Betancur	Urbana
	Dr. Reinaldo Zabala	
	Dr.: Antonio Baldiris	

2.7.2 Estructura de la Secretaria de Salud

Creada por acuerdo el 12 de junio de 1998, la secretaria de salud es una dependencia directa de la alcaldía municipal que asumió las responsabilidades en la organización y dirección de los servicios de salud en el municipio de Tarazá.

En la actualidad la secretaria cuenta con 20 funcionarios, un equipo técnico conformado por una odontóloga, una psicóloga, una enfermera, que desarrollan las actividades de Salud Pública de la mano de quince (15) promotores de salud, una secretaria, un encargado de la notificación semanal, la sistematización y manejo de la información y una Microscopista.

En cuanto a sus procesos administrativos, la secretaria de salud en la actualidad no cuenta con una planta de cargos claramente definida, no ha diseñado ni implementado manuales de procesos, de funciones y procedimientos. Igualmente el manejo del personal no es sujeto a criterios claros y estandarizados para su adecuada dirección, seguimiento y evaluación.

Es un reto para la Municipalidad el diseño de una estructura administrativa acorde con las nuevas técnicas de gestión pública y las expectativas de desarrollo de la comunidad, así como la implementación de un Sistema de Control Interno (MECI 1000:2005 - Decreto 1599 de 2.005 - Ley 87 de 1.993) que ordene los procesos y funciones de cada una de las secretarías. El control interno debe complementarse con la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Marco de la Norma Técnica Colombiana NTCGP 1000:2004.

La secretaria de salud debe formular estrategias y actividades para evaluar, controlar y vigilar el normal desarrollo del sistema de salud en el municipio. Las acciones de vigilancia en salud no operan de manera eficiente y organizada, por no contar con personal idóneo para ejercer estas funciones. Por lo que en el Plan de salud Municipal, se plantea la necesidad de contratar un Gerente en Sistemas de Información en salud. Para ello, establece la Resolución 425 de 2008, “las entidades territoriales en salud deberán adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, para su cabal cumplimiento”, logrando en el año 2011 la meta de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, sostenibilidad y continuidad de las funciones de vigilancia en salud, gestión del conocimiento y gestión operativa y funcional del PNSP, con personal operativo idóneo.

Para el área de saneamiento ambiental, estas acciones son dirigidas directamente por el departamento, a través de 2 funcionarios.

2.7.3 RECURSOS FINANCIEROS

La financiación de las acciones incluidas en el Eje Subprogramáticos de Salud Pública incluidas en este Plan de Salud, se realizará con los recursos que hacen parte de la **subcuenta de salud pública de los fondos locales del municipio**.

Tabla. Distribución recursos ejecución Salud Pública

FUENTE	AÑO DE EJECUCIÓN	VALOR Once Doceavas	VALOR Ultima Doceava Año Anterior
SGP	2008	\$ 224.974.378	
SGP	2009	\$ 238.472.841	\$ 20.452.216
SGP	2010	\$ 252.781.211	\$ 21.679.349
SGP	2011	\$ 267.948.084	\$ 22.980.110

3. VISION

En el 2011, el sistema de salud de Tarazá será de un modelo de trabajo interinstitucional y participativo que brindará servicios de salud con calidad, accesibilidad y equidad, en pro del mejoramiento del estado de salud de la población, la cual conocerá sus derechos y responsabilidades frente y dentro del SGSSS, así como las condiciones para mantener estilos de vida saludables.

4. MISION

El Plan Territorial de Salud del Municipio de Tarazá, tiene como misión diseñar, desarrollar, sistematizar y evaluar proyectos, estrategias, mecanismos y actividades relacionadas con la **SALUD**, a partir del análisis de las características generales del municipio y del diagnóstico de la situación de salud; contando con el compromiso de los diferentes actores que intervienen en el sistema de salud, de mejorar y mantener sus estándares de calidad y trabajar articuladamente con la finalidad de mejorar y mantener el **BIENESTAR INTEGRAL** en la población.

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

5. LINEAS DE POLITICA EN SALUD TERRITORIAL Y METAS

Ver Cuadro Excel- Anexo 2



6. PROGRAMAS Y PROYECTOS EN SALUD

6.1. EJES PROGRAMATICOS

La Resolución 425 determina seis Ejes Programáticos de obligatorio cumplimiento, a desarrollar para dar cumplimiento a las metas nacionales en salud.

1. Eje programático de aseguramiento.
2. Eje Programático de Prestación y Desarrollo de servicios de salud.
3. Eje Programático de Salud Pública.
4. Eje Programático de Promoción Social.
5. Eje Programático de Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.
6. Eje Programático de Emergencias y Desastres.

6.1.1. EJE PROGRAMÁTICO DE ASEGURAMIENTO

PROYECTO: SEGURIDAD SOCIAL PARA TODOS

Aseguramiento en salud es “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud”.

“Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento”. (Ley 1122, Artículo14).

Descripción y priorización de problemas y necesidades identificadas, causas y soluciones

El Municipio de Tarazá tiene una cobertura del 73%, faltando un 27 % lo equivalente a 11.988 cupos. (Ver numeral 2.4.1. página 18, del presente documento).

De acuerdo a la Ley 1122 de 2007, capítulo 3, artículo nueve, en los próximos tres años el SGSSS alcanzará la cobertura universal de Aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN, que en el municipio corresponden a 11.983 cupos. Sin embargo, es una meta difícil de alcanzar en este tiempo, debido al flujo de recursos que representa.

En este plan, para el final del año 2011 se tiene como meta el 90% de la afiliación, que representan 10.785 cupos, 5% el año 2009, 3.172 cupos; 5% en el 2010, 3.172 y 7% en el 2011, 4.441 cupos. El 10%, 1.198 cupos, se gestionarán ante el ente respectivo.

Para garantizar el cumplimiento de los contratos de aseguramiento de acuerdo a los términos legales, y la eficiente atención de la población pobre no asegurada, se hace necesaria la contratación de una entidad que realice una Interventoría con calidad y en defensa de los usuarios.

Hay personas del área rural, que no reciben la información sobre la promoción a los servicios de afiliación, por su ubicación de difícil acceso, por no contar con medios de comunicación (radio, televisión) o por carecer de recursos económicos para viajar de manera frecuente al casco urbano. Por tanto, es necesario diseñar mecanismos de divulgación que lleguen a todos los rincones de municipio.

Las personas vinculadas y/o afiliadas no actualizan de manera oportuna los datos correspondientes a cambios de número de identificación, nacimientos, rectificación de nombre u otras informaciones, lo que limita su acceso oportuno a los servicios. Se debe, entonces, educar de manera permanente a la comunidad sobre la necesidad y beneficios de mantener actualizados sus datos en el sistema.

La presencia de un promotor de salud en cada vereda o corregimiento es dispensable para informar y educar la comunidad sobre todos los aspectos relacionados con el aseguramiento.

Un problema heredado de las administraciones anteriores, es el déficit fiscal en salud, lo que hace necesario liquidar los contratos pendientes para sanear las cuentas y programar el pago respectivo.

Para depurar y actualizar las bases de datos es necesario realizar un nuevo censo del SISBEN, de acuerdo a las directrices de Planeación Nacional, lo que nos dará las metas definitivas, a las cuales nos deberemos ajustar.

Para la adecuada administración de las bases de datos es necesario contar con equipos de cómputo actualizados, con todas las herramientas de trabajo y capacitar de manera periódica al personal encargado del manejo del aseguramiento.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el Sistema de Seguridad Social en el municipio a través de promoción de la afiliación, administración de las bases de datos, adecuación tecnológica y del talento humano, gestión financiera de recursos, celebración e interventoría de contratos de aseguramiento y vigilancia y control de los mismos.

OBJETIVOS DE MEDIANO PLAZO

- Promocionar las afiliaciones y la actualización de datos mediante acciones educativas y de sensibilización con la comunidad.
- Actualizar de manera permanente las bases de datos de afiliados.
- Capacitar a la persona encargada de los sistemas de información en aseguramiento.
- Realizar procesos y acciones de interventoría, vigilancia y control de los contratos vigentes.
- Lograr cofinanciación del censo del nuevo SISBEN

OBJETIVOS DE LARGO PLAZO

- Lograr la cobertura plena de afiliación a la seguridad social en salud.
- Mantener los sistemas de información en aseguramiento actualizados, con personal idóneo permanente para su manejo y gestión.

LÍNEAS DE BASE

- Población SISBENIZADA 45.166
- Población Subsidiada 30.432
- Población pobre sin aseguramiento 11.988
- Población en contributivo 2746

METAS PARA EL CUATRIENIO

Alcanzar la Afiliación del 90% de la población Municipal al sistema de la Seguridad Social en salud.

La cofinanciación del censo del nuevo SISBEN 2008.

Capacidad tecnológica instalada y actualizada.

Talento humano idóneo para la administración integral de los sistemas de información.

Celebración y desarrollo de contratos de acuerdo a normatividad legal.

Acciones permanentes de inspección, vigilancia y control a todos los procesos y acciones derivados del aseguramiento

Cancelar el déficit fiscal en régimen subsidiado parcial o totalmente

Áreas subprogramáticas de gestión:

a) Promoción de la afiliación al SGSSS.

Objetivo: Promocionar la afiliación al SGSSS en el 90% de la población, a través de estrategias de información, educación y comunicación, en el área urbana y rural.

Indicador: 90% de la población afiliada a la Seguridad Social en Salud.

b) Identificación y priorización de la población a afiliar.

Objetivo: Tener actualizadas las bases de datos con las personas susceptibles de afiliación, de acuerdo a su nivel de pobreza, edad y/o vulnerabilidad, en coordinación con el SISBEN.

Indicador: % población priorizada afiliada.

c) Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado.

Objetivo: Gestionar ante los entes encargados, la cobertura total en el municipio y dar una utilización eficiente a los cupos del régimen subsidiado a través de depuración de las bases de datos y realización de nuevas afiliaciones.

Indicador: Número de nuevos cupos gestionados.
Número de cupos asignados.

d) Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.

Objetivo: Contar con tecnología y talento humano idóneo y actualizado para administrar la afiliación en el municipio.

Indicador: Capacidad tecnológica y humana instalada y actualizada.
Número de capacitaciones recibidas.

e) Celebración de los contratos de aseguramiento.

Objetivo: Realizar los contratos de aseguramiento de acuerdo a los lineamientos nacionales.

Indicador: Número de contratos de aseguramiento celebrados de acuerdo al marco legal vigente.

f) Administración de bases de datos de afiliados.

Objetivo: Administrar las bases de datos de los afiliados al SGSSS, actualizando la información y reportando quincenalmente las novedades al respecto a la DSSA.

Indicador: Sistemas de información actualizados.
Número de reportes enviados a la DSSA

g) Gestión financiera del giro de los recursos.

Objetivo: Manejar de manera eficiente y de acuerdo a las estipulaciones legales los recursos enviados por la nación para el financiamiento del régimen subsidiado.

Indicador: Informes mensuales de ejecución presupuestal.

h) Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado.

Objetivo: Desarrollar procesos de interventoría a los contratos para determinar su ejecución de acuerdo a los criterios establecidos.

Indicador: Actas e informes de interventoría.

i) Vigilancia y control del aseguramiento.

Objetivo: Realizar acciones permanentes de inspección, vigilancia y control a todos los procesos y acciones derivados del aseguramiento, que permitan verificar la calidad de los servicios brindados y el cumplimiento general de sus responsabilidades de cada uno de los actores.

Indicador: Actas de procesos de inspección, vigilancia y control al aseguramiento.

METODOLOGIA DE EJECUCION

Las acciones de promoción y educación con la comunidad se desarrollan a través de programas radiales y de televisión, diseños de material educativo (plegables y/o volantes). Se capacitará al personal promotor y al personal de las IPS, para que sirvan de multiplicadores a través de talleres a la comunidad en su área de acción.

Para la realización de actividades como actualización del Censo del SISBEN, se hará de acuerdo con las directrices de planeación departamental y para su financiación confluyen la nación y el municipio.

La capacitación y actualización del recurso humano y tecnológico, se realiza en la ciudad de Medellín, por lo que se hace necesario viajar frecuentemente y en ocasiones solicitar asesoría telefónica o por vía internet.

La celebración de los contratos de aseguramiento, se realizará de forma oportuna y de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Protección Social.

Las interventorías son contratadas **anualmente** por el alcalde con las personas jurídicas avaladas por La DSSA, el alcalde y el Secretario de Salud reciben los informes de los ejecutores y los presentan a la DSSA en las fechas estipuladas.

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Planeación Nacional
Secretaría de Salud y Bienestar social
Oficina del SISBEN
Coordinación SISMASTER
EPS-S que operan en el Municipio
Registraduría municipal
Promotores de Salud
Comunidad
Medios de comunicación

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Falta de recursos económicos girados por la nación para financiar nuevos cupos del régimen subsidiado.

Dificultades de las personas para tramitar sus documentos.

Inestabilidad en la contratación de la persona encargada de coordinar el SISMASTER, en tanto requiere estar capacitando una persona diferente.

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

6.1.2. EJE PROGRAMÁTICO DE PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO: CALIDAD EN SALUD

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad⁸.

A partir de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, el estado ha tratado de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. Sin embargo en el camino, se han presentado obstáculos que han llevado al Estado a realizar ajustes y/o modificaciones con el fin de mejorar el Sistema General de seguridad Social en Salud.

Le corresponde al Ministerio de Protección social la regulación de la prestación de los servicios de salud, por tanto definirá⁹:

- a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado.
- b) Las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales.
- c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario.
- d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la ley (Ley 1122 de 2007), como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado

En nuestro municipio la Prestación de servicios a los afiliados del régimen subsidiado se lleva a cabo con la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio –ESE HSA- y la

⁸ Ley 100 de 1993

⁹ Ley 1122 de 2007, art. 14

IPS privada Salud Familiar (Según porcentajes establecidos en la Ley 1122 de 2007) ambos prestadores cumplen con las condiciones mínimas de habilitación.

El Ente Territorial (Departamento de Antioquia) contrata La prestación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda con las ESE'S de acuerdo a los niveles de complejidad.

El régimen Contributivo (saludcoop, magisterio), es atendido en el primer nivel de complejidad por la ESE HSA, quien a su vez presta los servicios a los afectados por los accidentes de tránsito y minas antipersonas.

Descripción y Priorización de Problemas y Necesidades Identificadas, causas y soluciones

A Nivel del Acceso:

En las instituciones se colocan barreras para el acceso a los servicios como una fotocopia de un documento o registro, desconociendo la posibilidad de ser atendido con la sola presentación del carné de la aseguradora y documento de identidad. En el caso de una urgencia existe la modalidad del Sisben en caliente, lo que permite la atención oportuna del usuario. Una de las barreras que en gran medida ha sido superada es el copago, la nueva legislación dice que no habrá el pago de cuotas moderadoras para los afiliados del régimen subsidiado en salud clasificados e el nivel I del SISBEN (Ley 1122 de 2007, art14 inciso g).

A veces no hay acceso a un nivel de complejidad mayor, por carecer de recursos económicos para recibir la atención en otro municipio.

Desconocimiento de deberes y derechos en salud por parte de los integrantes de los diferentes actores del SGSS, por lo que se hace esencial educar al 100% de la comunidad sobre el tema.

Los vacíos dejados por la Resolución 412 sobre Normas y Guías de Atención, en cuanto a los grupos poblacionales a quienes van dirigidos los servicios y por los planes de salud actuales, lo que hace que el usuario recurra frecuentemente a las tutelas, como único medio para acceder a lo que es un derecho fundamental del individuo: La Salud.

A Nivel de Calidad:

En el sector salud hay personas que no tienen la paciencia y calidad humana para brindar una atención personalizada, sino que anteponen los estándares de cantidad que impone el sistema sobre la calidad de la asistencia prestada. Es necesario equilibrar ambos parámetros para lograr un servicio eficiente y eficaz.

No se realizan encuestas de opinión a la comunidad sobre su percepción sobre los servicios y a veces no se tienen en cuenta sus propuestas de cambios. Al interior de toda Institución Prestadora de Servicios debe existir una oficina de atención al usuario que tramite toda queja, reclamo y/o sugerencia que haga el cliente.

Aun hay personas que no conocen la existencia y funcionamiento de la Asociación o Liga de usuarios del hospital, lo que no permite la participación activa del 100% de la comunidad. Es indispensable implementar una buena estrategia de información, educación y comunicación.

A Nivel de Eficiencia y Sostenibilidad:

Como en otros sectores, hay personas que no saben como dar un uso eficiente a los recursos institucionales y/o personales, incluso, no saben que lo que tienen, llevando a su desperdicio o subutilización.

Las dificultades se pueden superar con un trabajo de sensibilización, capacitación y actualización, desarrollado en equipo entre los actores del sistema y líderes comunitarios.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la prestación de los servicios de salud en relación a la accesibilidad, calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera.

OBJETIVOS DE MEDIANO PLAZO

- Realizar un estudio del estado actual de los servicios de salud, con la participación de los actores del sistema y la comunidad, que permita su perfeccionamiento y adecuación a los estándares de calidad y las necesidades de la población.
- Verificar el diseño y cumplimiento de planes de mejoramiento de los servicios de salud prestados por cada IPS.
- Realizar un proceso de sensibilización a la comunidad sobre los derechos y deberes en salud, a través de las ligas de usuarios.

OBJETIVOS DE LARGO PLAZO

- Optimizar los servicios de salud a través de la puesta en marcha de planes de mejoramiento en todas las instituciones de salud municipales.

- Capacitar al 90% de la comunidad sobre los derechos y deberes en salud

ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS:

a) Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud

Objetivo

Implementar estrategias que permitan eliminar las barreras existentes (personales – institucionales) en los servicios de salud que limitan o impiden el acceso de la población.

Indicador

Número de personas en contacto con los servicios de salud
Número de quejas y/o sugerencias recibidas por la atención al usuario.

b) Mejoramiento de la calidad en la atención en salud

Objetivo: Garantizar a la población en general una atención en salud con calidad, implementando en las IPS y las EPS-S, los manuales de estándares de calidad en la atención.

Indicador: 100% de las IPS Y EPS-S aplicando estándares de calidad en la atención.

Encuestas de satisfacción del usuario.

c) Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

Objetivo: Buscar la excelencia en la prestación de los servicios de salud logrando equilibrar la satisfacción de las necesidades de los usuarios y la utilización de los recursos disponibles; con el desarrollo de un adecuado sistema fiscal.

Indicador: IPS pública con sostenibilidad financiera

METODOLOGIA DE EJECUCION

Las acciones de promoción y educación con la comunidad se desarrollarán a través de talleres rurales y urbanos sobre derechos y deberes en salud, a cargo de personal de salud formada al respecto.

Se capacitará al personal de las IPS, sobre derechos, deberes y guías de atención, con el fin de que tengan herramientas para educar a la comunidad a través de asesorías directas o actividades grupales en sus áreas de acción.

Para la Implementación de los manuales de estándares de calidad en la atención en cada IPS y EPS-S y el diseño y aplicación de un adecuado sistema de recaudo y fiscal, se contará **con la asesoría del departamento.**

ACTORES INVOLUCRADOS

Ministerio de Protección Social
DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
EPS-S
IPS
Liga de usuarios
Comunidad general
Medios de comunicación

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Vacios en la legislación Colombiana, o cambios continuos de la misma, que confunden a la comunidad ya que no hay un trabajo de sensibilización y capacitación antes de su puesta en marcha.

Rotación continúa del personal de salud, porque impide realizar procesos educativos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades.

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

6.1.3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA

“La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”¹⁰.

OBJETIVO GENERAL

Disminuir en la población los índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades evitables y/o prevenibles, a través de acciones de Promoción de la salud y Calidad de Vida, Prevención de los riesgos en salud, Vigilancia en salud y Gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan territorial de salud pública.

OBJETIVOS DE MEDIANO PLAZO

- Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo asociados a las diferentes enfermedades.
- Aplicar estrategias que impacten en los patrones culturales que sean nocivos para la salud de la población.
- Identificar escenarios de intervención en salud, como hogar, escuelas, servicios de salud entre otros.
- Actualizar los sistemas de información en salud.
- Realizar vigilancia a los eventos de interés en salud pública.
- Implementar acciones de seguimiento y control al desarrollo operativo y funcional del plan territorial de salud pública.

República de Colombia. Ley 1122 de 2007. –Artículo 32

OBJETIVOS DE LARGO PLAZO

- Capacitar al 70% de la población sobre la práctica de estilos de vida saludables.
- Tener focalizadas las poblaciones más vulnerables a los riesgos en la salud.
- Mantener actualizados los sistemas de información en salud.
- Efectuar una permanente vigilancia
- Contar con un plan territorial de salud operativo, ajustado a las necesidades tanto de la población como del sector salud y adaptado a los nuevos hallazgos teóricos y tecnológicos.

Descripción y Priorización de Problemas y Necesidades Identificadas

Siguiendo los lineamientos nacionales, contenidos en el decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007-2010, en el capítulo V las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

No obstante, de acuerdo a la resolución 425 de 2008 que define la metodología del Plan De Salud Territorial, Tarazá al ser un municipio de categoría 6ª, debe dar prioridad a las acciones previstas en el párrafo del artículo 17 que contribuyan al **Mejoramiento de la salud infantil, salud sexual y reproductiva, nutrición, salud mental y prevención de las lesiones violentas evitables.**

Con base a lo anteriormente expuesto se hará una descripción y análisis de los eventos de importancia en salud pública sucedidos durante el 2007 en el municipio de Tarazá, de acuerdo a cada uno de los proyectos priorizados.

6.1.3.1 EJES SUBPROGRAMÁTICOS DE SALUD PÚBLICA

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, incluye cuatro áreas subprogramáticas: Promoción de la salud y Calidad de Vida, prevención de los riesgos en salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan territorial de salud pública. Estas, se abordarán a través de: 5 proyectos – acuerdos con las prioridades y lineamientos nacionales y departamentales – 4 serán ejecutados a través de contratación con la ESE del municipio y un proyecto - que contendrá las dos últimas áreas -, será desarrollado y/o ejecutado directamente por la secretaria de Salud y Bienestar Social.

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La promoción es el conjunto de acciones intersectoriales y de la sociedad, orientadas a dotar a las comunidades de los medios y condiciones necesarios para ejercer el mejor control sobre el entorno, a fin de reducir riesgos, mejorar la calidad de vida y alcanzar el desarrollo humano integral.

La promoción de la salud es una estrategia diseñada para generar condiciones de conduzcan al bienestar. Está basada en la acción comunitaria y en la movilización de los recursos sociales e institucionales

“La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales” (Ministerio de la Protección Social, decreto 3039, capítulo 2).

2. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD

La prevención es el conjunto de acciones cuya finalidad es la identificación, el control y la reducción de los factores de riesgos biológicos, del ambiente, del comportamiento y del consumo para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. Dichas acciones pueden ser: Individuales, Familiares, Comunitarios y Gubernamentales.

Con la prevención se busca:

1. Evitar la aparición de enfermedades que son fácilmente controlables, su transmisión, su progreso y evitar o reducir los daños que pueda ocasionar determinada enfermedad.
2. Evitar los accidentes en el hogar, en el trabajo, en la escuela y en la calle.

3. VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

La Vigilancia en salud “es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos”.¹¹ Decreto 3039 de 2007.

4. GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario (Decreto 3039 de 2007).

6.1.3.2 PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA

1. Proyectos A Ser Contratados Con La ESE Hospital San Antonio

- Por una Niñez Saludable
- Salud Sexual y Reproductiva
- Mente Sana en Cuerpo Sano
- Seguridad Alimentaria y Nutricional

2. Proyectos A Desarrollar Directamente Por La Secretaria de Salud Y Bienestar Social

- Vigilancia Epidemiológica y Gestión Integral para el desarrollo operativo y funcional del plan.

¹¹ Decreto 3039 de 2007.

METODOLOGIA DE EJECUCION

Al iniciar cada año, se realizará un censo de canalización con el fin de conocer el tipo y número de población existente en el 90% del municipio y orientarla a los servicios de salud en especial vacunación.

Uno de los datos que nos arroja este censo es la cantidad de niños < de 5 años que tiene el municipio por barrios, veredas y corregimientos, que nos permitirá a su vez focalizar las zonas que más prevalencia tiene en este grupo poblacional y que es necesario intervenir con la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia “AIEPI”. Por ser una edad de alto riesgo para la presencia de enfermedades que son prevenibles con una **BUENA PROMOCION DE LA SALUD**.

La implementación de la estrategia AIEPI, esta basada en la realización de visitas domiciliarias para el diligenciamiento de unas fichas a cada niño menor de 5 años para la evaluación de su crecimiento y desarrollo, las condiciones de su entorno y las costumbres o hábitos familiares. Cada visita tendrá un promedio de duración de 2 horas, en los cuales se educa a la familia sobre cada factor de riesgo encontrado, y si es necesario se remitirán a los servicios de Salud – y otras instituciones – de acuerdo a su estado. Con todos los datos recolectados cada promotor realizará un diagnóstico de su zona de trabajo.

A su vez el Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA -, de la Secretaria de Salud y el Sistema de información de alumnos matriculados –SIMAT - , nos arrojan datos de gran importancia para caracterizar a la población.

Una vez sistematizada toda la información, el equipo de Salud hará una reunión con un grupo representativo de la comunidad – junta de acción comunal, madres comunitarias, docente - , con el fin de establecer las prioridades en Salud a intervenir en cada zona en el marco de las acciones establecidas por la Ley.

El objetivo de esta metodología es obtener un mayor impacto en las condiciones de morbi-mortalidad y realizar un trabajo contextualizado de acuerdo a las necesidades de cada población.

1. POR UNA NIÑEZ SALUDABLE

La OMS define La Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, en armonía con el medio ambiente y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades.

La ley de Infancia y adolescencia (Ley 1098 de Nov. De 2006), contempla la Infancia en tres momentos: Infancia Temprana de 0 – 6 años, la etapa escolar de 7 – 11 años y la Adolescencia de 12 – 18 años.

Dado lo anterior, la salud infantil será entendida en este documento como el estado de bienestar para la población infantil entre 0 y 11 años.

El estado de salud de los niños, determinará su crecimiento y su desarrollo y está íntimamente asociado a la conducta preventiva de la madre durante el embarazo; la disponibilidad de recursos dentro del hogar, las características del niño como la edad y el género y, en general, las condiciones del medio ambiente que lo rodea.

Descripción y priorización de los problemas y necesidades

A continuación se analizarán las diferentes condiciones de salud de los niños del municipio, con base en los reportes de la ESE Hospital San Antonio, La IPS Salud Familiar y los datos del SIVIGILA.

Respecto a la morbilidad en Menores de 1 año, la principal causa (ver tabla xx) son las infecciones Respiratorias, en niños de 1 a 4 años encontramos la EDA, y a su vez patologías respiratorias y parasitosis, en la población de 5 a 14 años en primer lugar están las parasitosis seguidas de Anemias, Piodermias, Otitis y Desnutrición.

En el SIVIGILA se encontraron en < 5 años, 1.816 casos de IRA y 1.300 casos de EDA, de lo anterior, se concluye que estas dos enfermedades siguen teniendo gran incidencia en la población infantil, aunque son prevenibles manteniendo buenos hábitos de higiene y alimenticios y capacitando a los adultos y/o cuidadores con el fin de que simples Gripas o Diarreas no lleguen a complicarse y pongan en riesgo la vida de los menores.

También encontramos enfermedades asociadas a una inadecuada alimentación (anemias, desnutrición), las cuales generan graves consecuencias en la salud y en el desarrollo general de los niños.

En lo que respecta a la implementación de la Estrategia APS, en el municipio de tarazá, esta se realizó durante el periodo 2006-2007 en un total de 19 veredas, 4 corregimientos y 2 Barrios. Se desarrollaron un conjunto de acciones en los individuos, familias y comunidades para satisfacer sus necesidades básicas de salud tanto en aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública”, se orientó a la población en el conocimiento e identificación de factores de riesgo y factores protectores, demanda inducida a las diferentes entidades y servicios de salud. En la

actualidad no se han iniciado las actividades del proyecto se espera que se haga con la segunda fase donde ya se debe realizar el respectivo seguimiento e intervenciones en salud priorizadas en cada familia.

Por otra parte, la discapacidad en la niñez, es de 115 casos, el 0,56 %, se da por enfermedad adquirida, de nacimiento o accidente. Población que debe ser atendida en su especificidad, con una educación y orientación constante a sus cuidadores.

Actualmente el programa de salud pública no cuenta con equipos de Oficina y cómputo y medios audiovisuales que garanticen la correcta planificación, seguimiento, evaluación y comunicación de sus competencias.

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas.

Problema y/o Necesidad	Causas o factores de riesgo	Solución y/o estrategia propuesta
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA – IRA -	<p>1. Factores Ambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de alergenosen. • Hacinamiento. • Viviendas con condiciones sanitarias inadecuadas • Condiciones climáticas del Municipio. <p>2. Condiciones socioculturales del municipio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinformación y desconocimiento de los síntomas de la enfermedad por parte de los padres o cuidadores. • Condiciones nutricionales deficientes. <p>3. Sistema de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades de acceso a los servicios de salud. • Deficiente calidad de los servicios de salud. • Captación tardía por parte de los actores del sistema de salud 	<p>Implementación de AIEPI Comunitario.</p> <p>Implementación del modelo Atención Primaria en salud APS</p> <p>Educar sobre viviendas dignas.</p> <p>Educar sobre patrones culturales para mejorar la identificación de señales de alarma.</p> <p>Instruir sobre nutrición adecuada de los niños.</p> <p>Implementación y fortalecimiento de salas de UROC's y UAIRAC's en sitios de alta Prevalencia</p> <p>Fortalecimiento del programa de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Estrategias innovadoras para educar sobre la prevención.</p> <p>Implementación de AIEPI Clínico</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Personal de la salud con poca aptitud y/o actitud hacia la prevención (Enfoque predominantemente curativo) <p>Deficiencia en la preparación del personal de la salud en metodologías educativas.</p>	<p>Garantizar el acceso a los programas de p y p</p> <p>Análisis de la mortalidad al interior de cada IPS para mejorar su evitabilidad.</p> <p>Identificar escenarios de intervención, escuela, hogar, servicio de salud, otros.</p> <p>Participar en eventos relacionados con el tema.</p>
<p>ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA – EDA -</p>	<p>Bajo conocimiento de los adultos o cuidadores para la identificación oportuna.</p> <p>Condiciones higiénicas desfavorables.</p> <p>Condiciones alimenticias no aptas.</p> <p>Hábitos inadecuados de manipulación de alimentos</p> <p>Condiciones económicas desfavorables.</p> <p>Acceso difícil a los servicios de salud.</p> <p>Personal de la salud con poca aptitud y/o actitud hacia la prevención (Enfoque predominantemente curativo)</p> <p>Deficiencia en la preparación del personal de la salud en metodologías educativas</p>	<p>Implementación y fortalecimiento de salas de UROC's y UAIRAC's en sitios de alta Prevalencia</p> <p>Implementación de AIEPI Comunitario.</p> <p>Implementación del modelo Atención Primaria en salud APS</p> <p>Talleres de sensibilización para educar sobre detección temprana de la enfermedad y los signos de alarma.</p> <p>Estrategias innovadoras para educar sobre la prevención.</p> <p>Promoción de Redes Sociales de Apoyo para garantizar la Salud Infantil.</p> <p>Implementación de AIEPI Clínico</p> <p>Actualizaciones al personal de Salud sobre el tema y alternativas metodológicas.</p>
<p>Coberturas de Vacunación por debajo de la meta Nacional y Departamental.</p>	<p>Poca promoción de los servicios de Vacunación.</p> <p>Difícil acceso a los servicios de Vacunación por parte de la población de zonas rurales.</p> <p>Canalización deficiente, que no</p>	<p>Capacitación y actualización sobre el tema a personal promotor</p> <p>Realización de censos de canalización y vacunación extramural.</p>

	<p>permite focalizar la población susceptible a los servicios de vacunación.</p> <p>Deficiente capacidad de almacenamiento de los biológicos en la red de frío.</p> <p>Falta de monitoreo permanente a las acciones realizadas.</p> <p>Poco o ningún control y seguimiento a los esquemas de vacunación por parte de los adultos.</p> <p>Bajo conocimiento de los adultos o cuidadores de los beneficios de las vacunas.</p> <p>Barreras Culturales (resguardos indígenas) que impiden o limitan el acceso a la vacunación</p>	<p>Apoyo al desarrollo de jornadas de vacunación.</p> <p>Fortalecimiento de la red de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones.</p> <p>Implementación de procedimientos de seguimiento, monitoreo y control de los sistemas de información</p> <p>Procesos permanentes de educación con la comunidad en general</p> <p>Promoción de la vacunación sin barreras a través de sus líderes y/o gobernadores.</p> <p>Implementación de AIEPI Comunitario.</p> <p>Implementación del modelo Atención Primaria en salud APS.</p>
<p>Presencia de enfermedades relacionadas con la Salud oral</p>	<p>Dificultades para el acceso oportuno a servicios de higiene y salud oral por parte de pobladores de zona rural.</p> <p>Recursos humanos insuficientes para la prestación de servicios de salud oral de la población pobre y vulnerable.</p> <p>Programas de salud oral restringidos solamente para ciertos grupos poblacionales.</p> <p>Dieta alta en carbohidratos y azúcares.</p> <p>Hábitos inadecuados de higiene oral.</p> <p>Insuficiente cultura del</p>	<p>Fortalecer el servicio de salud oral de la red pública para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de promoción, prevención y atención.</p> <p>Promover la formación y la actualización del recurso humano existente.</p> <p>Desarrollar programas de educación, promoción y prevención masiva en colegios públicos y guarderías y hogares de bienestar, apoyándose en metodologías lúdicas y agradables para los niños (niños entre los 2 y 12 años), independiente de su seguridad social.</p>

	<p>autocuidado buco- dental, o comienzo tardío de la misma.</p> <p>Capacidad económica limitada de la población más pobre y vulnerable para adquirir los elementos indispensables para la realización de la higiene oral.</p> <p>Falta de campañas más agresivas y efectivas de educación, promoción y prevención.</p>	<p>Educación a los padres y/o cuidadores sobre buenos hábitos de higiene oral.</p> <p>Implementación de AIEPI Comunitario.</p> <p>Implementación del modelo Atención Primaria en salud APS</p>
Deficiencia de Medios Logísticos y tecnológicos que garanticen el buen desarrollo de los proyectos y óptimos procesos educativos	<p>Ausencia de medios audiovisuales y tecnología de punta.</p> <p>Deterioro de los equipos existentes.</p>	Adquisición de equipos de Oficina y cómputo y medios audiovisuales que garanticen la correcta planificación, desarrollo y seguimiento.

OBJETIVO

Reducir la mortalidad en la infancia, la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afecten a los niños y niñas, mejorando el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida, a través de estrategias de información, educación y comunicación.

Áreas subprogramáticas

a. Acciones de Promoción de la salud y Calidad de Vida

- Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud, Modelos, Normas Técnicas y Guías de Atención Integral.

Meta Resultado: Difundir al 100% del personal de salud las Políticas Públicas en Salud, Modelos, Normas Técnicas y Guías de Atención Integral.

Indicador: Número de personas del sector salud capacitadas en el tema / número de personas del sector.

- Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud

Meta Resultado: Capacitar al 90% de la comunidad sobre políticas públicas

Indicador: % de la comunidad capacitada

- Promoción de la estrategia de Vacunación sin barreras, para el logro de coberturas útiles de Vacunación

Meta Resultado: Lograr coberturas útiles de Vacunación en un 95%

Indicador: % de cobertura en vacunación de la población objeto PAI

- Promoción programa canguro para la atención del RN de bajo peso al nacer, en todas las IPS con servicios de atención al binomio madre-hijo

Meta: Sensibilizar y formar en el programa canguro al 100% del personal médico y de salud de las IPS que atienden al binomio madre-hijo.

Indicador: % de IPS, sensibilizadas y formadas.

- Promoción de las estrategias Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-, Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI-, Atención Primaria en salud – APS-, en todas las IPS .

Meta: sensibilizar y formar al 100% del personal médico y de salud, de las IPS en las estrategias AIEPI, IAMI, APS.

Indicador: % de IPS sensibilizadas y formadas.

- Promoción de las estrategias Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-, Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI-, Atención Primaria en salud – APS-, al Personal Promotor de Salud.

Meta: sensibilizar y formar al 100% del personal promotor de salud en las estrategias AIEPI, IAMI, APS.

Indicador: 100 % de Promotores de Salud capacitados e implementando las estrategias.

- Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el hogar, ámbito laboral, escolar y en instituciones como guarderías y hogares de bienestar.

Meta: Reducir índice COP en 2,3% en menores de 12 años

Educar al 80 % de la población adulta y al 100% de las empresas sobre hábitos higiénicos en salud bucal.

Indicador: Índice COP en menores de 12 años.

% de personas mayores de 18 años educadas sobre hábitos higiénicos en salud bucal.

b. Acciones de Prevención de los Riesgos en Salud

- Fortalecimiento de Salas UROC's y UAIRAC's en sitios de alta prevalencia IRA Y EDA.

Meta: Atención Oportuna a la población menor de 5 años con IRA y EDA, en las áreas de influencia de Salas UROC's y UAIRAC's.

Indicador: Número de niños atendidos en las salas / Número total de casos presentados en la zona influencia de Salas UROC's y UAIRAC's.

- Apoyo al desarrollo en jornadas de vacunación, intensificación o bloqueo según el riesgo municipal.

Meta: apoyo al 100% de jornadas de vacunación.

Indicador: Número de jornadas realizadas y apoyadas.

- Realización de Censos de Canalización y Vacunación extramural, monitoreo rápido de coberturas y vacunación en áreas dispersas según lineamientos nacionales.

Meta: 100% de población censada, orientada hacia los servicios de vacunación

Indicador: Número de personas cansadas

- Fortalecimiento de la red de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones

Meta: Red de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones con Infraestructura que cumpla con los estándares de calidad, diseñado para el PAI

Indicador: Número de condiciones y/o requisitos cumplidos de acuerdo a los estándares de calidad.

- Suplementación con Vitamina A, estrategia “PAI-plus” en poblaciones de alto riesgo.

Meta: Implementación de la Estrategia “PAI-plus”.

Indicador: Estrategia “PAI-plus” implementada.

- Gestión de los insumos críticos, medicamentos y dispositivos elementos del Plan Ampliado de Inmunizaciones.

Meta: Plan Ampliado de Inmunizaciones con la dotación básica necesaria para su desarrollo.

Indicador: Plan Ampliado de Inmunizaciones funcionando completamente.

METODOLOGIA DE EJECUCION

Las acciones educativas con la comunidad se desarrollan a través de programas radiales y de televisión, diseño de material educativo (plegables, volantes, cartillas), jornadas de capacitación a promotores y al personal de las IPS, talleres a la comunidad en cada uno de los sitios de trabajo del promotor, densos de canalización y apoyo a jornadas de vacunación nacionales y departamentales.

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
Servicio de Vacunación ESE hospital San Antonio
EPS-S e IPS que operan en el Municipio
Promotores de Salud
Comunidad
Medios de comunicación
Instituciones Educativas
Hogares comunitarios
Mesa de Infancia y Familia del COMPOS

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Rotación del personal de la salud, porque impide realizar educación a través de procesos continuos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

No hay adecuación tecnológica y de infraestructura para la planeación y sistematización de las competencias en salud pública.

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.



2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Siguiendo la definición de la ONU, la Salud Sexual es “el estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, funciones y procesos”.¹² Enfoque articulado a la perspectiva de derechos y el concepto de equidad de género,

En la población joven encontramos problemas asociados a la salud sexual y reproductiva, de 15 a 44 años Vaginosis, ITS e IVU.

El número de adolescentes gestantes y/o lactantes, disminuyó respecto al año anterior, 365 en 2006 y 89 casos en el 2007, para explicarlo podemos pensar en dos factores, la desmovilización (era común ver las jóvenes con miembros de esos grupos) y el impacto de las campañas educativas de las instituciones, de la alcaldía y de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Sin embargo, aun el dato es importante por las implicaciones de salud y de calidad de vida que representa y es necesario seguir mejorando las acciones.

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas.

Problema o necesidad	Causas	Solución y/o estrategia propuesta
ITS	Prácticas de salud sexual, que posibilitan la transmisión de ITS Bajos niveles educativos de la población en temas relacionados con la SSR. Inicio de la actividad sexual a temprana edad, (10 – 11 años), con varias parejas sexuales. Mitos y tabúes frente a la consulta para la curación. Deficiente compromiso de los compañeros sexuales ante los tratamientos Baja autoestima sumado a la dificultad para la toma de decisiones o falta de un proyecto de vida	IEC en SSR desestimulando la promiscuidad con énfasis en la doble protección con el uso del condón. Hacer demanda inducida para fomentar asistencia a consulta general con el fin de estudiar, diagnosticar y tratar ITS, en cualquier régimen del SGSSS. Trabajar con la población todo lo relacionado a habilidades para la vida

¹²ONU, Informe de la conferencia Internacional sobre población y desarrollo. El Cairo 1994. Nueva York. pag. 12

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

	<p>claramente definido</p> <p>Altos índices de automedicación.</p> <p>Barreras culturales que no permitan divulgar los compañeros sexuales para administración del tratamiento y corte de la cadena de transmisión.</p>	
Embarazo adolescente	<p>Poco o ningún acceso a servicios de salud con orientación y suministro de anticonceptivos.</p> <p>La escuela no capacita adecuadamente en salud sexual y reproductiva, para la prevención.</p> <p>Uso de anticonceptivos con limitantes culturales y/o utilización inadecuada de los mismos.</p>	<p>Estimular la estrategia de Servicios Amigables en SSR</p> <p>Vigilar que aseguradores y prestadores cumplan normas vigentes en prestación de servicios de SSR.</p> <p>Acompañar a las Instituciones Educativas para que en los PEI desarrollen currículos en SSR.</p> <p>Desarrollar estrategias IEC, para sensibilizar y educar en el tema.</p>
Cáncer de Cérviz	<p>Poca costumbre para hacerse la citología.</p> <p>Poco acceso a los servicios de salud para la citología.</p> <p>Presencia de ITS que predisponen a la aparición de cáncer.</p> <p>Poca demanda inducida a los servicios de promoción y prevención</p> <p>Inadecuada estrategia de los servicios de promoción y prevención</p>	<p>Vigilancia permanente a Prestadores de servicios para masificar la toma de citología, lectura y seguimiento de casos especiales.</p> <p>Desarrollar estrategias IEC, para sensibilizar y educar en el tema.</p> <p>Fortalecimientos del servicio de promoción y prevención</p> <p>Capacitar al personal de salud sobre la importancia de la demanda inducida a los servicios.</p>
Cáncer de Mama	<p>Falta de control por poco o difícil acceso a los servicios de salud.</p> <p>Falta cultura de la prevención.</p>	<p>Vigilancia permanente a Prestadores de servicios para masificar en P y P el auto examen, la consulta y las pruebas necesarias en examen de mama y seguimiento de casos especiales.</p> <p>Desarrollar estrategias IEC, para</p>

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

		sensibilizar y educar en el tema
VIH / SIDA	<p>Uso de preservativo con limitantes culturales y/o utilización inadecuada del mismo.</p> <p>Dificultades para el acceso a los servicio de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.</p> <p>Bajo impacto de las campañas anteriormente realizadas</p>	<p>Estrategias IEC masivas en prevención del VIH-SIDA</p> <p>Inducción de demanda a consulta general y especial.</p> <p>Ejecución de campañas educativas que incluyan la realización de pruebas rápidas de VIH</p>
Mortalidad materna	<p>No se inician los controles desde el primer trimestre del embarazo, en especial, en el área rural.</p> <p>Dificultad para el acceso a la atención de segundo y tercer nivel.</p> <p>Embarazo adolescente</p>	<p>Atención real sin barreras y retrasos en la consulta prenatal y materna.</p> <p>Facilitar el acceso de todas las maternas a servicios de maternidad segura y de las madres y los recién nacidos asegurados y no asegurados a los diferentes niveles de complejidad según sea el caso.</p> <p>Detectar casos de maternas sin control y remisión de las mismas.</p>
Sífilis congénita	<p>Desconocimiento de la enfermedad por parte de las maternas.</p> <p>Acceso a los controles prenatales muy avanzado el embarazo.</p> <p>Deficiencia en inducción a la demanda</p> <p>Deficiente participación activa de los compañeros sexuales en los procesos educativos y en cumplimiento de los tratamientos</p> <p>No cultura de práctica sexual segura para prevenir.</p>	<p>Atención real sin barreras y retrasos en la atención prenatal y materna.</p> <p>Facilitar el acceso de todas las maternas a servicios de maternidad segura y de las madres y los recién nacidos asegurados y no asegurados a los diferentes niveles de complejidad según sea el caso.</p>
Deficiente material de apoyo para la realización	Ausencia de medios audiovisuales y didácticos para la educación en el tema	Adquisición de materiales de apoyo

de las actividades		
--------------------	--	--

OBJETIVO

Intervenir factores de riesgo asociados a la salud sexual y reproductiva en la población infantil, juvenil y adulta, a través de estrategias I.E.C., conformación de redes sociales y coordinación interinstitucional.

a. Acciones de Promoción de la salud y Calidad de Vida

- Promoción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y reproductiva.

Meta: Crear y capacitar en el tema de SSR una red social de apoyo.

Indicador: Número de reuniones y actividades programadas / número de reuniones y actividades realizadas.

- Desarrollo de programas de formación para la sexualidad, que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para si mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural, a través de la estrategia IEC.

Meta: Sensibilizar y Educar al 80% de la población en SSR

Indicador: Porcentaje de población sensibilizada y educada

- Promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante, en coordinación con las EPS y ARP

Meta: Realizar 5 campañas anuales de asesoría y prueba voluntaria para VIH.

Indicador: Número de campañas realizadas / Número de campañas realizadas.

b. Acciones de Prevención de los Riesgos en Salud

- Búsqueda activa de Gestantes para captación en el primer trimestre de embarazo, en coordinación con la EPS y la ARP.

Meta: Captar el 100% de las gestantes sin control prenatal en el primer trimestre de embarazo, en áreas de influencia de promotores de salud.

Indicador: Número de gestantes en programas de control prenatal/ número de gestantes del municipio.

- Identificación de poblaciones vulnerables y canalización hacia los servicios de Tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar y citología cervicouterina, en coordinación con las EPS y la ARP.

Meta: Focalizar el 100% de la población vulnerable (MEF y hombres de 14 a 30 años) a los riesgos en SSR

Indicador: % de población focalizada.

- Implementación del modelo de servicios amigables para atención en SSR, para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia.

Meta: Implementación de un servicio de consejería en SSR para jóvenes en la ESE San Antonio, conformado por equipo multidisciplinario.

Indicador: Servicio de atención en SSR para adolescentes operando.

- Impulsar el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud, con enfoque de riesgos biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para Control Prenatal CPN, atención del parto y post-parto, las emergencias obstétricas e interrupción voluntaria del embarazo

Meta: Implementar en el 100 % de las IPS los protocolos de atención integral en salud obstétrica actualizados y estandarizados.

Indicador: IPS municipales aplicando atención integral protocolizada en salud obstétrica.

- Impulsar el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la guía de atención en VIH/SIDA.

Meta: Implementar en el 100 % de las IPS del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la guía de atención en VIH/SIDA.

Indicador: IPS municipales aplicando del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la guía de atención en VIH/SIDA.

- Desarrollo e implementación del Plan de Respuesta Intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia, en coordinación con las EPS y ARS, los actores de otros sectores y la comunidad.

Meta: Municipio con un Plan de Respuesta Intersectorial en VIH/SIDA implementado, coordinado desde la Red Social de Apoyo.

Indicador: Numero de situaciones de riesgo en VIH / SIDA intervenidas con el Plan / Número de situaciones presentadas.

METODOLOGIA DE EJECUCION

Las acciones educativas con la comunidad se desarrollan a través de programas radiales y de televisión, material educativo (plegables, volantes, cartillas) y jornadas de capacitación,

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
ESE Hospital San Antonio
IPS y EPS-S que operan en el Municipio
Promotores de Salud
Oficina de la Juventud
Casa de la cultura
Comunidad
Medios de comunicación
Instituciones Educativas
Red social de apoyo del Programa Redes Constructoras de Paz

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Rotación continua del personal de de salud, porque impide realizar procesos educativos continuos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

Creencias, costumbres y mitos culturales sobre la salud sexual y reproductiva.

Creencias religiosas

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.



3. MENTE SANA EN CUERPO SANO

Este proyecto aborda los temas de salud mental y las lesiones violentas evitables: violencia intrafamiliar, sustancias psicoactivas, suicidio, intentos de suicidio, salud auditiva, las conductas violentas en general.

De acuerdo al diagnóstico de salud Mental del 2007¹³, en el municipio no se cuenta con datos estadísticos sobre el tema de sustancias psicoactivas, pero en los diferentes trabajos con la comunidad esta aparece como una de las problemáticas de gran magnitud, afectando especialmente a la población juvenil masculina.

Desde la experiencia, podemos afirmar que el número de jóvenes entre los 14-24 años que han consumido algún tipo de sustancia psicoactiva de manera casual o que son consumidores activos, esta aumentando de manera progresiva en el municipio, tanto en el casco urbano como en el rural.

En violencia intrafamiliar, encontramos 42 casos en el año 2007.

En una mirada a las cifras, pareciera que los casos han disminuido, situación que no corresponde con la realidad municipal expresada por la comunidad, líderes, mesa de infancia y familia y actores institucionales, quienes afirman que es una problemática que aun se presenta en nuestra comunidad pero que no todos los casos se denuncian.

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas

Problema o necesidad	Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Consumo de Sustancias Psicoactivas	Historia familiar de consumo. Falta de comunicación al interior del grupo familiar y ausencia de Autoridad. Inicio de consumo por presión de grupo y/o curiosidad. Consumo de alcohol y tabaco. Fácil acceso a sustancias psicoactivas.	Instituciones y espacios libres de humo y tabaco. Escuelas de Padres. Procesos de sensibilización y educación con padres, cuidadores, jóvenes, docentes Estrategias educativas a través de medios masivos de comunicación.

¹³ Realizado por la Secretaria de Salud en Octubre 2007

	<p>Pocas alternativas de uso adecuado del tiempo libre.</p> <p>Baja autoestima sumado a la dificultad para la toma de decisiones o falta de un proyecto de vida claramente definido.</p>	<p>Trabajar con la población todo lo relacionado a habilidades para la vida.</p>
Violencia intrafamiliar	<p>Inequidades en las relaciones entre sexos y generaciones.</p> <p>Dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales y de pareja</p> <p>Bajos niveles de educativos de los padres de familia.</p> <p>Deterioro de las relaciones familiares y sociales.</p> <p>Consumo de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas.</p> <p>Dejar a los hijos al cuidado de terceros, lo que puede llevar al maltrato y abuso sexual.</p> <p>Poca denuncia por miedo o desconocimiento y poco seguimiento a los casos.</p>	<p>Procesos educativos con Padres de familia o cuidadores, niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Estrategias I.E.C. para educar en Estilos de Vida Saludables.</p> <p>Educar sobre legislación referente al tema y como acceder a los sistemas de protección.</p>
Intento de Suicidio	<p>Baja capacidad de resolución de problemas y/o de tolerancia a la frustración</p> <p>Estrés postraumático no intervenido por profesionales.</p> <p>Maltrato físico, psicológico o sexual.</p> <p>Trastornos afectivos o Enfermedad Mental de base no intervenida.</p> <p>Problemas con sustancias psicoactivas.</p> <p>Depresión.</p>	<p>Formación en estilos de Vida Saludables.</p> <p>Trabajar con la población sobre habilidades para la vida, con énfasis en proyecto de vida.</p> <p>Procesos educativos con familia o cuidadores, sobre señales de alarma y manejo de los casos.</p>

Lesiones violentas por terceros	Manejo inadecuado de las emociones. Consumo de sustancias psicoactivas. Baja capacidad de resolución de problemas y/o de tolerancia a la frustración Creencia en la violencia como manera válida de resolver problemas	Educación en habilidades para la vida, proyecto de vida. Estrategias I.E.C. para educar en resolución de conflictos, estilos de vida saludables, manejo de emociones, convivencia.
Deficiente material de apoyo para la realización de las actividades	Ausencia de medios audiovisuales y didácticos para la educación en el tema.	Adquisición de materiales de apoyo.

OBJETIVO

Promover estilos de vida saludables, el fomento del respeto de los derechos humanos y la concertación de acciones dirigidas a la promoción y prevención en salud mental, especialmente violencia intrafamiliar y las adicciones, tanto en el ámbito familiar como comunitario; a través de estrategias de información, educación y comunicación - I.E.C., con la comunidad del área urbana y rural.

a. Acciones de Promoción de la salud y Calidad de Vida

- Promoción de la Red Comunitaria en Salud Mental, y formación de Grupos Gestores y Redes de Apoyo para el desarrollo de actividades de Promoción de la Salud Mental, prevención de trastornos mentales y el consumo de sustancias Psicoactivas

Meta: Crear una red social de apoyo y capacitarla en Salud mental

Indicador: Número de reuniones y actividades programadas / número de reuniones y actividades realizadas.

Red social de apoyo conformada, capacitada y operando.

- Desarrollo de programas de formación para la construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida

autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para si mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Meta: Sensibilizar y Educar al 80% de la población en SM

Indicador: Porcentaje de población sensibilizada y educada

- Tamizaje en Salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria.

Meta: Realizar 4 jornadas anuales de Tamizaje en salud mental

Indicador: Número de jornadas de Tamizaje en salud mental realizadas.

- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, desarrollo de las estrategias de Instituciones Educativas, espacios de trabajo y espacios públicos libres de humo de tabaco y de combustibles sólidos, en coordinación con las EPS, ARP, los sectores educativo, de cultura, deporte y otros.

Meta: 100% de Instituciones Educativas, espacios de trabajo y espacios públicos, libres de humo de tabaco y de combustibles sólidos

Indicador: % de instituciones que aplican la estrategia.

- Desarrollo de estrategias de entorno saludables en coordinación con las EPS, ARP, los sectores educativo, de cultura, deporte y otros.

Meta: 90% de la población sensibilizada en el tema de entornos saludables

Indicador: % de población sensibilizada / población total

- Promoción del desarrollo de servicios de salud diferenciados para la prevención del consumo experimental y cesación del consumo de tabaco por ciclo vital, sexo y etnia.

Meta: 100% de las Instituciones de salud sensibilizadas sobre servicios diferenciados para intervenir el consumo de tabaco.

Indicador: número de instituciones participantes que aplican los servicios diferenciados.

- Promoción de la actividad física en los servicios de salud, escenarios educativos, redes y grupos comunitarios y ámbitos laborales, entre otros.

Meta: 2 Jornadas anuales de actividad física que reúnan a los servicios de salud, escenarios educativos, redes y grupos comunitarios y ámbitos laborales.

Indicador: Número de actividades realizadas/ número de actividades programadas.

- Promoción de la Salud auditiva y cognitiva.

Meta: 80% de la población sensibilizada sobre entornos saludables, salud auditiva y cognitiva en coordinación con las EPS, ARP, los sectores educativo, de cultura, deporte y otros

Indicador: % de población sensibilizada / población total

b. Acciones de Prevención de los Riesgos en Salud

- Implementación de la estrategia “Atención Primaria en Salud Mental”, en coordinación con la EPS, ARP, los actores de otros sectores y la comunidad.

Meta: Sensibilizar y formar al 100% del personal médico y de salud, de las IPS en las estrategias APSM.

Indicador: % de IPS sensibilizadas y formadas.

- Prevención de las lesiones evitables en coordinación con las EPS.

Meta: 4 Foros anuales sobre prevención de las lesiones evitables (V.I. - suicidio) en coordinación con las EPS.

Indicador: Número de actividades realizadas/ número de actividades programadas.

- Garantizar el acceso al diagnóstico temprano y tratamiento, y al suministro de los medicamentos.

Meta: Coordinación del 100% de los actores del sistema de salud para garantizar el acceso de los pacientes a diagnóstico y tratamiento.

Indicador: 100% de las consultas atendidas.

- Actualizar diagnóstico situacional de salud mental del municipio

Meta: 1 Diagnóstico anual

Indicador: Documento escrito

METODOLOGIA DE EJECUCION

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
EPS-S e IPS que operan en el Municipio
Promotores de Salud
Comisaría de Familia
Medios de comunicación
Instituciones Educativas
Mesa de Infancia y Familia del COMPOS
Comunidad

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Rotación del personal de salud, porque impide continuidad en los procesos educativos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

Creencias, costumbres y mitos culturales sobre las diferencias género, las formas de ejercer la autoridad, el machismo.

Poca cultura sobre derechos humanos en general, y de infancia y adolescencia en particular.

Limitaciones de operatividad en el sector protección impiden que los casos de maltrato se denuncien o tengan un seguimiento adecuado.

*“Porque cada día podemos ser mejores”
Plan Territorial de Salud 2.008 – 2.011*

No se cuenta con el servicio de consulta psiquiátrica en la zona, lo que dificulta o impide el acceso de las personas a tratamiento.

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.



4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

El contexto social del municipio es complejo, en especial por el conflicto armado, el desplazamiento y los cultivos ilícitos, lo que genera factores de riesgo para la seguridad alimentaria relacionados con la Disponibilidad, el Acceso, el Consumo y la Utilización de alimentos, lo que impacta negativamente la salud de la comunidad, especialmente a los niños y las niñas.

En el año 2006 desde el PAB se realizó un estudio nutricional con el fin de monitorear el impacto de los diferentes programas municipales de seguridad alimentaria y se encontró que el 23% de la población infantil presenta problemas de déficit nutricional.

En el Centro de Recuperación Nutricional¹⁴, ubicado en la ESE Hospital San Antonio, en el año 2007 se atendieron 66 niños con desnutrición, clasificados así: aguda moderada 29 casos, aguda severa 24 y aguda leve 13. El 45.4% de los casos se presentaron en el rango de edad de 1 – 2 años, seguido por el rango de edad de 0 a 11 meses, con un 37.8%.

Además de la niñez existen otros grupos vulnerables para la inseguridad alimentaria como son las gestantes, la población adulta mayor, en situación de desplazamiento, con discapacidad - cuando su condición les impide una adecuada nutrición. Por lo que es necesario brindar a toda la comunidad herramientas sobre el tema y construir así estilos de vida saludables.

Es de especial importancia la promoción de la lactancia materna – unida a la nutrición en el embarazo - como pilar fundamental de la salud en los infantes, evitando bajo peso al nacer y enfermedades.

Como consecuencia de la malnutrición, en la población infantil se pueden presentar dificultades de aprendizaje, fatiga, cansancio, pereza, comportamientos agresivos y deserción escolar. En otros grupos poblacionales repercute en su salud y su calidad de vida en general.

Se espera que los proyectos y acciones a realizar sean un aporte valioso para la nutrición de los niños y niñas, en particular, y el desarrollo de las familias en general, y ayuden a reafirmar los compromisos de toda la comunidad por la garantía plena de los derechos de la infancia.

¹⁴ Informe Centro de Recuperación Nutricional 2007

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas

Problema o necesidad	Causas	Solución y/o estrategia propuesta
No lactancia materna exclusiva	<p>Falta conciencia de las madres sobre el impacto a largo plazo que tiene la buena lactancia materna.</p> <p>Enfermedad de la madre.</p>	<p>Incentivar la estrategia IAMI (Institución Amiga de la Mujer Infancia) nivel de IPS y sector comercial en general para que las madres puedan amamantar sus bebés adecuadamente.</p> <p>Fomentar el conocimiento de la lactancia en los controles prenatales.</p> <p>Estrategias IEC</p>
Desnutrición infantil	<p>Poca capacidad económica.</p> <p>Altos niveles de parasitosis</p> <p>Costumbres inadecuadas de alimentación.</p> <p>Ausencia de Lactancia materna exclusiva.</p> <p>Irresponsabilidad o desinterés de cuidadores para brindar una alimentación adecuada.</p> <p>Pocas oportunidades educativas y de capacitación en actividades productivas para el aprovechamiento de los recursos ociosos.</p> <p>Poca utilización de los programas de crecimiento y desarrollo.</p> <p>Falta seguimiento a los programas Indocumentación de niños que dificulta o impide el acceso a programas de salud.</p>	<p>Dar a conocer masivamente las Guía de Alimentación para la población Colombiana establecidas por el ICBF</p> <p>Enseñar y fomentar hábitos alimentarios saludables en madres gestantes y en las sedes educativas haciendo énfasis en las listas de intercambio.</p> <p>Brindar en los programas de complementación nutricional que adelanta la Administración Municipal, alimentación acorde al tipo y grado de desnutrición de los pequeños.</p> <p>Búsqueda activa de casos y remisión al CRN.</p> <p>Incentivar las propuestas de huertas escolares y caseras.</p> <p>Estrategias IEC sobre el tema.</p>

<p>Desnutrición de otros grupos poblacionales</p>	<p>Enfermedad que impide alimentarse de manera adecuada</p> <p>Poca capacidad económica.</p> <p>Descuido o desinterés de familiares para brindar alimentación adecuada.</p> <p>Costumbres inadecuadas de alimentación.</p> <p>Pocas oportunidades educativas y de capacitación en actividades productivas para el aprovechamiento de los recursos ociosos.</p> <p>Falta seguimiento a los programas</p> <p>Indocumentación que dificulta o impide el acceso a programas de salud.</p>	<p>Incentivar las propuestas de huertas caseras.</p> <p>Estrategias IEC sobre el tema.</p> <p>Demanda inducida a los diferentes programas a través del personal promotor.</p> <p>Seguimiento a los programas</p>
<p>Deficiente material de apoyo para la realización de las actividades</p>	<p>Ausencia de medios audiovisuales y didácticos para la educación en el tema</p>	<p>Adquisición de materiales de apoyo</p>

OBJETIVO

Promocionar hábitos alimentarios adecuados en la población en general, por medio de actividades educativas y preventivas, logrando la disminución de los índices de desnutrición, en todos los grupos poblacionales, especialmente los niños.

a. Acciones de Promoción de la salud y Calidad de Vida

- Promoción de la Dieta saludable en los servicios de salud, comedores, restaurantes públicos y en los restaurantes de empresas e instituciones de trabajo entre otros.

Meta: Educar al 90% de servicios de salud, comedores o restaurante sobre una dieta saludable.

Indicador: Número establecimientos y servicios de salud educados en el tema/ número de establecimientos existentes.

- Promoción de la Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación complementaria adecuada hasta los primeros 2 años de vida.

Meta: Educar al 100% de las madres gestantes y lactantes del municipio en la lactancia materna y alimentación complementaria.

Indicador: % de madres lactantes y gestantes educadas sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

Meta: Aplicación de la estrategia IAMI (Institución Amiga de la Mujer Infancia) en el 100% de las IPS y consultorios médicos particulares para que las madres puedan amamantar sus bebés adecuadamente.

Indicador: Número de IPS y médicos particulares aplicando la estrategia.

- Orientar y capacitar a la comunidad sobre dieta saludable y el mejoramiento de los estilos de vida saludables que reviertan en la salud nutricional de la comunidad, en especial los niños, a través de actividades educativas sobre adecuados hábitos alimentarios y de nutrición.

Meta: 90% de la población capacitada en el tema

Indicador: Porcentaje de población capacitada.

b. Acciones de Prevención de los Riesgos en Salud

- Desparasitación y suplementación con Micronutrientes a grupos de más alta vulnerabilidad, no afiliados al SGSSS

Meta: Dar desparasitación y suplementación al 90% de la población más vulnerable, no afiliada al SGSSS

Indicador: Número de personas atendidas/ número de población vulnerable identificada.

- Canalización y seguimiento hasta lograr la recuperación nutricional, de los menores de 2 años, con algún grado de Desnutrición, en coordinación con las EPS.

Meta: Recuperación nutricional del 100% de los niños menores de 2 años, tratados en el Centro de Recuperación Nutricional que opere en el Municipio.

Indicador: Número de niños recuperados / número de niños atendidos.

- Apoyar el desarrollo de estrategias de complementación nutricional a grupos de mas alta vulnerabilidad

Meta: Dar apoyo al 100% de los programas de complementación alimentaria.

Indicador: Número de programas apoyados / Número de programas existentes.

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
Centro de Recuperación Nutricional de la ESE hospital San Antonio
EPS-S e IPS que operan en el Municipio
Promotores de Salud
Comunidad
Medios de comunicación
Instituciones Educativas
Hogares comunitarios
Comedores, restaurantes
Centro día adulto Mayor
Mesa de Seguridad Alimentaria y Nutricional del COMPOS.

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.

Hábitos alimentarios inadecuados perpetuados culturalmente.

Condiciones socioeconómicas difíciles: pobreza, madres cabezas de hogar, condición de desplazamiento.

Rotación continua del personal de de salud, porque impide continuidad en procesos educativos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades.

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y GESTION INTEGRAL DEL PLAN TERRITORIAL

La Vigilancia en salud “es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos”.¹⁵ Decreto 3039 de 2007.

Está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

“La vigilancia en salud pública vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos; empleando la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud - INS.”¹⁶

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario (Decreto 3039 de 2007).

A partir de la expedición de la Ley 1122, el decreto 3039 de 2007 y la resolución 425 de 2008, el ministerio de la Protección Social incluye dentro de las actividades de salud pública esta línea de política y brinda la oportunidad a toda la comunidad y demás actores del sistema de intercambiar informaciones sobre sus necesidades e inquietudes y la capacidad de respuesta institucional y la calidad de los diferentes servicios que se le brindan.

En el municipio de Tarazá, la Salud Pública se desarrollaba mediante las actividades de Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad y Vigilancia en salud pública, manejadas directamente por la secretaria de salud Municipal a través de promotores de salud y un equipo técnico conformado por enfermera, psicóloga, un encargado del sistema de información y una coordinación. Faltando así el componente de Gestión.

¹⁵ Decreto 3039 de 2007.

¹⁶ Decreto 3039 de 2007.

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas

Problema o necesidad	Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Las acciones de vigilancia en salud no operan de manera eficiente y organizada.	Ausencia de personal idóneo para ejercer estas funciones. Falta de recursos propios del ente territorial.	Adecuar y orientar la estructura administrativa, técnica y de gestión, que permita la contratación del personal necesario.
Comité de Vigilancia Epidemiológica –COVE- inoperante	Dificultades para coordinar en tiempo y espacio de todos los integrantes del COVE.	Sensibilizar en la importancia del funcionamiento del COVE a todos los prestadores de servicios.
Inadecuada Notificación de los eventos de Interés en salud pública	Rotación de personal en las instituciones de salud Desconocimiento de la forma y frecuencia de las notificaciones Cambios en la estructura por parte de la DSSA	Educar a todas las unidades notificadoras sobre la forma de realizar los reportes y su importancia. Realizar reuniones bimensuales para actualizar y evaluar el comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública.
Falta de seguimiento a algunos eventos que lo ameritan	No se cuenta con una información completa para realizar las visitas de seguimiento. Inadecuada estrategia para seguimiento y sistematización de los casos.	Sensibilizar sobre adecuado diligenciamiento de los formatos de notificación. Diseñar mecanismos y/o herramientas de seguimiento.
Deficiencia en vigilancia y control de políticas y estrategias de salud municipales	Faltan procesos estandarizados de control y vigilancia de los programas. No hay adecuada sistematización	Diseñar procesos y mecanismos para sistematizar y ejercer control y vigilancia de los programas de salud.
Falta coordinación entre los actores de los diferentes sistemas de vigilancia en salud	Dificultades para coordinar en tiempo y espacio Desconocimiento del campo de acción de cada actor Falta de comunicación	Sensibilizar los actores sobre la importancia de coordinar estrategias y acciones.

OBJETIVO

Fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública mejorando su capacidad técnica y administrativa a través de la organización, evaluación y monitoreo del proceso de vigilancia que conduzca al logro de las metas propuestas en salud pública y la estructura del Sector Salud interrelacionando los diferentes actores del SGSSS (Instituciones – Comunidad), mediante acciones de coordinación, planificación, evaluación y comunicación.

Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- Adecuar y orientar la estructura administrativa, técnica y de gestión, que permita la contratación del personal necesario e idóneo.

Meta: fortalecimiento de la autoridad sanitaria, sostenibilidad y continuidad de las funciones de vigilancia en salud, gestión del conocimiento y gestión operativa y funcional del PNSP, con personal operativo idóneo

Indicador: Autoridad sanitaria fortalecida.

- Sensibilizar en la importancia del funcionamiento del COVE a todos los prestadores de servicios.

Meta: Lograr que el comité de vigilancia en salud pública (COVE) opere de manera activa y eficiente

Indicador: COVE operativo

- Realizar reuniones bimensuales del COVE para actualizar y evaluar el comportamiento de los eventos de interés en Salud Pública.

Meta: Realizar 6 reuniones anuales

Indicador: Número de reuniones realizadas / Número de reuniones programadas

- Sensibilizar y educar a todas las unidades notificadoras sobre la forma de realizar los reportes y su importancia.

Meta: Lograr que el 100% de los prestadores adscritos a la secretaria de salud realicen una notificación oportuna y de acuerdo con los estándares del SIVIGILA.

Indicador: Número de unidades notificadores reportando adecuadamente.

- Vigilancia en salud de todos los eventos de interés en salud pública, con el apoyo de mecanismos y/o herramientas de seguimiento diseñadas para cada caso.

Meta: Intervenir de manera oportuna el 100% de los casos notificados.

Indicador: Número de casos intervenidos / número de casos reportados.

- Diseñar y aplicar procesos y mecanismos para sistematizar y ejercer control y vigilancia de los programas de salud.

Meta: Existencia de procesos estandarizados para el control y la vigilancia de políticas y estrategias de salud municipales.

Indicador: Número de programas y estrategias de salud evaluados / Número de programas y estrategias de salud existentes.

- Sensibilizar los actores de los sistemas de vigilancia en salud sobre la importancia de coordinar estrategias y acciones.

Meta: Coordinación entre los actores de los diferentes sistemas de vigilancia en salud.

Indicador: Número de actividades realizadas de manera coordinada

- Difundir los resultados obtenidos de la actualización del perfil epidemiológico municipal de manera semestral.

Meta: Realizar dos boletines epidemiológicos anuales.

Indicador: Publicación semestral del boletín epidemiológico.

- Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en áreas de interés en salud pública.

Meta: Capacitar y actualizar al 100% del personal de salud sobre diferentes temas.

Indicador: Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.

- Promoción del control social a los diferentes programas y estrategias de salud.

Meta: Implementación de un sistema de información para difundir los resultados de los programas realizados.

Indicador: Copias de Informes realizados a la comunidad.

- Elaborar el Plan Territorial de Salud Pública de acuerdo a los lineamientos legales.

Meta: Plan Territorial de Salud Pública elaborado, aprobado por el consejo territorial de salud y articulado en el Plan de Desarrollo 2008-2011, ajustado cada año.

Indicador: Documento del Plan de Salud Pública para cada anualidad.

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
Secretaria de Planeación
Diferentes Prestadores de Servicios de Salud, públicos y privados.
Promotores de Salud
Comunidad
Medios de comunicación
Instituciones Educativas

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.

Deficientes bases de datos municipales

Rotación continua del personal de de salud, porque impide continuidad en procesos educativos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades.

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

6.1.4. EJE PROGRAMÁTICO DE PROMOCIÓN SOCIAL

PROYECTO: PROMOCION SOCIAL EN SALUD

En este eje se desarrollan los diferentes aspectos de la promoción social como entornos saludables, participación social, conformación de redes de trabajo y desarrollo de modelos de atención a poblaciones especiales.

En Tarazá existen diferentes grupos poblacionales que presentan mayor vulnerabilidad respecto al resto de la población debido a sus condiciones étnicas, culturales o sociales, como indígenas, adulto mayor, discapacidad, desplazamiento forzoso.

En nuestro municipio encontramos grupos de indígenas Embera en el resguardo Jaidezaví y en el corregimiento la Caucana, con aproximadamente 100 miembros, 520 personas con discapacidad, 3.815 personas en condición de desplazamiento reportadas por la personería municipal en el año 2007 y 1725 adultos mayores según proyecciones DANE 2007.

“Para el caso de la población en situación de desplazamiento forzoso, además de la problemática de la salud mental y la vulnerabilidad que deriva de la carencia de vivienda, saneamiento básico y seguridad alimentaria y nutricional, destacan los riesgos en salud sexual y reproductiva y situación de salud de la infancia.

Los grupos étnicos minoritarios presentan problemas de salud que derivan de vulnerabilidades como la pérdida de territorio, destrucción de los recursos naturales y deterioro de medio ambiente; los cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; el abandono progresivo de la medicina tradicional; las dificultades para acceder a los servicios de salud y precariedad de estos servicios en sus territorios; pobreza y marginalidad social y otras barreras geográficas y culturales.

En general, en estos grupos prevalecen las enfermedades carenciales y parasitarias que incrementan la incidencia y severidad de la morbilidad por enfermedades infecto-contagiosas como la tuberculosis y las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas”.

¹⁷

¹⁷ Decreto 3039 de 2007 Capítulo IV

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas

Problema o necesidad	Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Desconocimiento de las políticas públicas y leyes para las poblaciones especiales	Falta difusión y jornadas de capacitación sobre el tema, a nivel institucional y comunitario.	Jornadas de capacitación y difusión de políticas públicas, leyes sobre el tema.
Poco impacto de diferentes programas y acciones con poblaciones especiales	Descoordinación de los programas que trabajan con poblaciones especiales	Acciones de Salud en la Red Juntos

OBJETIVO

Desarrollar actividades de Promoción de la Salud, Prevención de Riesgos y atención de las poblaciones Especiales: desplazamiento, discapacidad, adulto mayor, gestantes, indígena, niños, adolescentes y jóvenes.

Incluye las siguientes áreas subprogramáticas:

a) Promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales, como, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, gestantes, indígenas, infantes, adolescentes y jóvenes.

Objetivo: Atender el 100% de las poblaciones especiales con el desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud diferenciados de acuerdo a las necesidades y particularidades de cada una de ellas.

Indicador: Número de poblaciones especiales atendidas / Número de poblaciones especiales existentes.

b) Acciones de salud en la “Red para la Superación de la Pobreza Extrema - Red Juntos”.

Objetivo: Apoyar el componente de salud del Programa Juntos, a través de la coordinación de actores, estrategias y acciones.

Indicador: Número de actividades realizadas en la Red Juntos / Número de actividades programadas en la Red Juntos.

c) Acciones educativas de carácter no formal dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios

Objetivo: Desarrollar procesos educativos con técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre el Sistema de Salud para las poblaciones especiales: políticas públicas, deberes, derechos, rutas de atención, entornos saludables, participación.

Indicador: Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas.

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
Secretaria de Planeación
COMPOS
ESE hospital San Antonio
EPS-S e IPS que operan en el Municipio
Promotores de Salud
Comunidad en general
Medios de comunicación
Instituciones Educativas
Poblaciones especiales

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.

Deficientes bases de datos municipales.

Rotación continua del personal de de salud, porque impide continuidad en procesos educativos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades.

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

6.1.5. EJE PROGRAMÁTICO DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES

El sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

El Sistema General de Riesgos Profesionales establecido en el decreto 1295 de 1994, forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, establecido por la Ley 100 de 1993.

Con las excepciones previstas en el artículo 279 de la Ley 100 de 1.993, se aplica a todas las empresas que funcionan en el territorio nacional, y a los trabajadores, contratistas, subcontratistas, de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes y del sector privado en general.¹⁸

Toda empresa pública y privada debe fijar una política de seguridad y salud en el trabajo, que incluya la participación de los trabajadores y establezca la dirección que la empresa debe seguir.

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas

Problema o necesidad	Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Hay personas que no están afiliadas a la ARP	Desconocimiento de las leyes al respecto y de su importancia	Capacitar a las instituciones y la comunidad sobre la afiliación a Riesgos Profesionales

OBJETIVO

Implementar acciones de Promoción de la salud, Prevención de los riesgos y vigilancia en salud en el ámbito laboral, con la participación de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

¹⁸ Cartilla Día de la salud en el mundo del trabajo. Comité Seccional de Salud Ocupacional de Antioquia. 2004

Áreas subprogramáticas:

a) Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales.

Objetivo: Desarrollar acciones de salud en las diferentes ámbitos laborales del municipio a través de estrategias IEC.

Indicador: Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas.

b) Acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.

Objetivo: Realizar acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales.

Indicador: Número de formatos de remisión elaborados.

d) Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.

Objetivo: Realizar acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo, a través de estrategias IEC.

Indicador: Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas.

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
Secretaria de Salud y Bienestar Social
EPS-S e IPS que operan en el Municipio
Promotores de Salud
Comunidad en general
Medios de comunicación
Empresas, comerciantes

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.

Deficientes bases de datos municipales.

Rotación continua del personal de de salud, porque impide continuidad en procesos educativos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades.

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud a algunas zonas rurales.

6.1.6. EJE PROGRAMÁTICO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

Emergencia es cualquier suceso capaz de afectar el funcionamiento cotidiano de una comunidad, pudiendo generar víctimas o daños materiales, altera la estructura social y económica de la comunidad y que puede ser atendido eficazmente con los recursos propios de los organismos de atención primaria o de emergencias de la localidad, aunque en ocasiones requiere la ayuda de entidades externas.

También se entiende como la situación de grave riesgo para la salud o la vida de una persona.

Aparece cuando se combinan factores conocidos y surge un fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual, inesperado y desagradable por causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente.

Hay tres posibles estados de manejo que se producen en la fase de emergencia: pre alerta, alerta y alarma.

Los desastres son hechos naturales o provocados por el hombre que afectan negativamente a la vida, el sustento o la industria, desembocando con frecuencia en cambios permanentes en sociedades, ecosistemas y medio ambiente. Ponen de manifiesto la vulnerabilidad del equilibrio necesario para sobrevivir y prosperar.

Según la magnitud del desastre, puede ocurrir que destruye a la mayor parte de una comunidad, Impide a los servicios locales hacer sus deberes, Provoca un cese en la mayoría de las funciones de la comunidad e Impide a las comunidades adyacentes el envío de ayuda.

Para superar los desastres se necesita la participación cooperativa de varios grupos que normalmente no necesitan trabajar codo con codo para controlar emergencias.

Análisis y descripción de las principales causas y soluciones de los problemas y necesidades priorizadas

Problema o necesidad	Causas	Solución y/o estrategia propuesta
Vulnerabilidad a emergencias invernales	Desbordamiento de ríos, tala indiscriminada de árboles, deterioro ambiental por cultivos inadecuados	CLOPAD Plan de atención a emergencias.

OBJETIVO

Desarrollar un plan Intersectorial de prevención, mitigación y superación de emergencias y desastres.

Áreas subprogramáticas:

a) Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.

Objetivo: Realizar un diagnóstico sobre los riesgos de emergencias y desastres, con la participación de diferentes sectores e instituciones

Indicador: Diagnóstico de factores de riesgo sobre emergencias y desastres

b) Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.

Objetivo : Mantener activo el Comité Local de Prevención y Atención de Desastres – CLOPAD- para la planeación, coordinación, desarrollo y evaluación de planes de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.

Indicador: Comité Local de Prevención y Atención de Desastres activo.

c) Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres.

Objetivo: Fortalecer las diferentes instituciones que hacen parte del CLOPAD con el fin de dar respuestas oportunas y adecuadas a las situaciones que se presentan, a través de capacitaciones, compra y/o mantenimiento de equipos.

Indicadores

Comité Local de Prevención y Atención de Desastres fortalecido
Número de capacitaciones desarrolladas
Número de equipos adquiridos o con procesos de mantenimiento

d) Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.

Objetivo: Fortalecer la red de urgencias para la atención de desastres a través de un diagnóstico de sus necesidades, compra o reparación de equipos, actualización o contratación del talento humano.

Indicador: Red de urgencias fortalecida

ACTORES INVOLUCRADOS

DSSA
DAPARD
CLOPAD
Comunidad
Medios de comunicación
Instituciones Educativas

POSIBLES EXTERNALIDADES QUE PUEDEN AFECTAR EL PROYECTO

Descoordinación de los diferentes programas y actores a nivel departamental y municipal.

Deficientes bases de datos municipales.

Rotación continua del personal de de salud, porque impide continuidad en procesos educativos.

Apatía de la comunidad para participar de las actividades.

Dificultades de orden público limitan el acceso del personal de la salud o de rescate a algunas zonas rurales.

7. INDICADORES DE EVALUACION

Con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos y las metas, se realizarán reuniones periódicas por parte del comité técnico del Plan y poder retroalimentar las actividades y hacer ajustes.

Dicho comité estará constituido en primera instancia por el alcalde o su delegado, el Secretario de Salud, el Gerente del Hospital y personas que realizan las actividades.

8. SOCIALIZACION, EVALUACION Y RENDICION PÚBLICA DE CUENTAS

De acuerdo al artículo 2º de la Ley 1122 de 2007 para el seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial el Ministerio de la Protección Social determinara los mecanismos, a través de indicadores de gestión y resultados en la salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A su vez, el decreto 425 de 2008 plantea los siguientes instrumentos para el seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial:

1. Informe de gestión

El municipio presentará informes de gestión a la DSSA, de acuerdo al cronograma de informes de gestión, planes de salud territorial, presente en el anexo 5, de la resolución 425.

2. Rendición de Cuentas

Se realizarán por lo menos dos (2) veces al año, actividades de rendición de cuentas. Las autoridades locales tienen la responsabilidad de poner periódicamente a disposición de la ciudadanía información completa, oportuna y veraz de la forma como avanza la ejecución y el cumplimiento de las metas del Plan de Salud Territorial, con el propósito de facilitar los ejercicios de control social. Los ciudadanos interesados en realizar control social deberán ceñirse a la reglamentación vigente para el control social de la gestión pública.