

VISIÓN

Nuestro municipio Circasia, un hogar para disfrutar la vida ejecutará un plan de salud territorial el cual progresivamente reflejará una población con todas las herramientas para evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento; haciendo de Circasia un hogar con bienestar y calidad de vida acorde a las condiciones de vida de cada uno de sus pobladores

MISIÓN

Articular exitosamente todos los ejes programáticos del plan de salud territorial de intervenciones individuales y colectivas, bajo los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social e intersectorialidad; que permita verse reflejado en una comunidad circasiana con bienestar y calidad de vida

El Plan de Salud territorial del Municipio de Circasia, es una dependencia adscrita a la Secretaria de Planeación, cuenta con una Coordinadora, 4 promotoras de Salud, 1 Auxiliar de Vacunación, 1 Auxiliar de Vigilancia Epidemiológica y 1 psicóloga. Las responsabilidades de las acciones están coordinadas desde la transversalidad por lo que cada una de las personas pertenecientes a la dependencia se movilizan en los programas y subprogramas de acuerdo a la necesidad, conocimiento y experiencia de las temáticas relacionadas en las políticas Nacionales.

El lema del trabajo extramural, muestra la intención de llegar a la comunidad directamente buscando estrategias impactantes para lograr cambios en las dinámicas sociales que dificultan la apropiación de la responsabilidad de cada uno en cuanto a la calidad de vida y la Salud.

El P.S.T se plantea un trabajo desde la corresponsabilidad, por ello participa en la mayoría de los subcomités del municipio, además de plantear la necesidad de coordinar acciones con las diferentes fuerzas vivas para el aprovechamiento del recurso humano.

CONTEXTO GEOGRAFICO



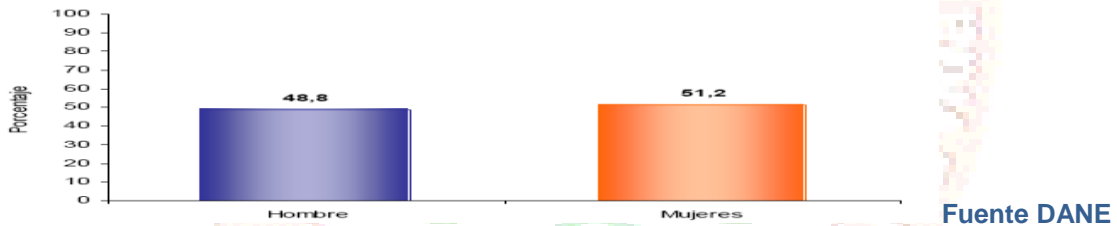
En la zona rural está dividida en 23 veredas: Barcelona Alta, Barcelona Baja, Buena Vista, La Concha, La Cabaña, La Julia, La Cristalina, La Pradera, Llanadas, La Pola, La Siria, El Congal, El Roble, Pinares, Piamonte, Hojas Anchas, Naranjal Alto, Naranjal Bajo, Santa Rita, Villarazo, Membrillal, San Antonio, Riobamba.

POBLACIÓN POR ÁREAS – GRUPOS ETÁREOS - GÉNERO

Según los últimos datos arrojados en el censo 2005 por el DANE, en el municipio la población total es de 26.705 distribuidos de la siguiente manera:

Cabecera Municipal, 19.543 habitantes y en el resto 7.162. Según el sexo tenemos que 13.047 de los habitantes son hombres y que 13.658 son mujeres.

Población de acuerdo al sexo



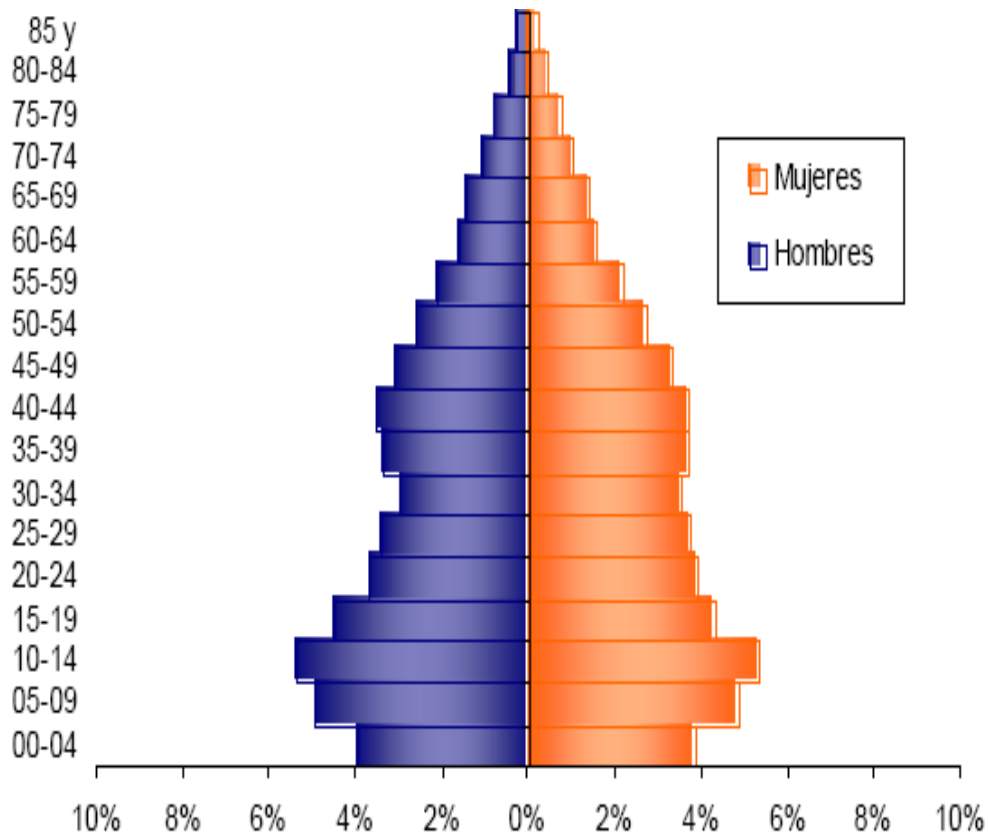
La Razón Hombre/Mujer es de 1:1.05. Por cada hombre hay 1.05 mujeres en el municipio. Las cifras que se manejan en el Hospital San Vicente de Paúl muestran una diferencia de casi 2000 habitantes, la distribución por los diferentes grupos de edad se observan en el cuadro a continuación.

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Menor de 1 año	531	273	258
1 – 4 años	2.097	1.068	1.029
5 – 9 años	2.712	1.389	1.323
10 – 14 años	2.800	1.440	1.360
15 – 19 años	2675	1.373	1.302
20 – 24 años	2.380	1.215	1.165
25 -29 años	2.113	1.058	1.055
30 – 34 años	2.094	1.047	1.047

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
35 -39 años	2.155	1.042	1.113
40 – 44 años	2.049	997	1.052
45 – 49 años	1.769	859	910
50 – 54 años	1.438	697	741
55 -59 años	1.081	527	554
60 – 64 años	795	387	408
65 – 69 años	615	293	322
70 – 74 años	461	218	243
75 y más años	587	271	316
TOTAL	28.353	14.154	14.198

FUENTE: HSVP CIRCASIA

PIRAMIDE POBLACIONAL



FUENTE: DANE

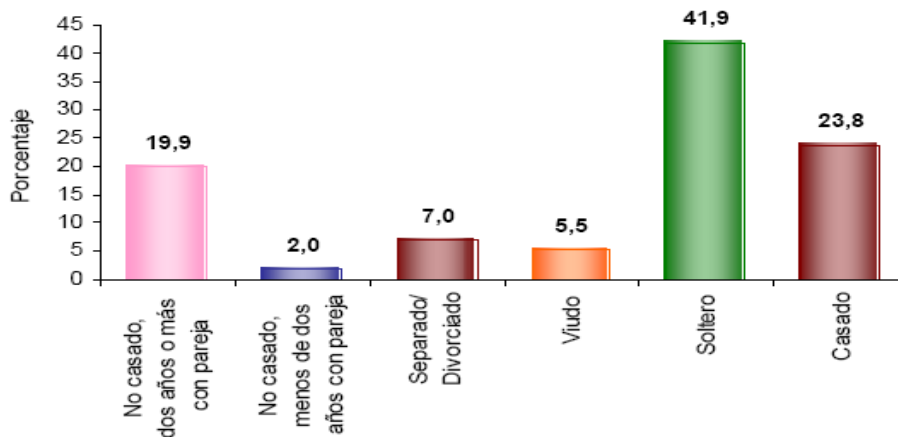
Según la distribución de la población del municipio en la pirámide se evidencia un crecimiento similar entre los hombres y las mujeres, la mayor porción es de personas que se encuentran entre los 10 y 14 años de edad lo que significa que la población en su mayoría es adolescente, por el decremento en la parte superior observamos que la mayoría de los habitantes son jóvenes, además de encontrarse un estrechamiento en la porción inferior que muestra disminución de las tasas de natalidad en la población.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CIRCASIA

1999-2007 (Proyección)

	1999	2001	2004	2007
Población Rural	8135	8358	8670	9134
Población Urbana	17629	18449	19683	20930
Total	25764	26807	28353	30.064

Estado Civil



FUENTE DANE

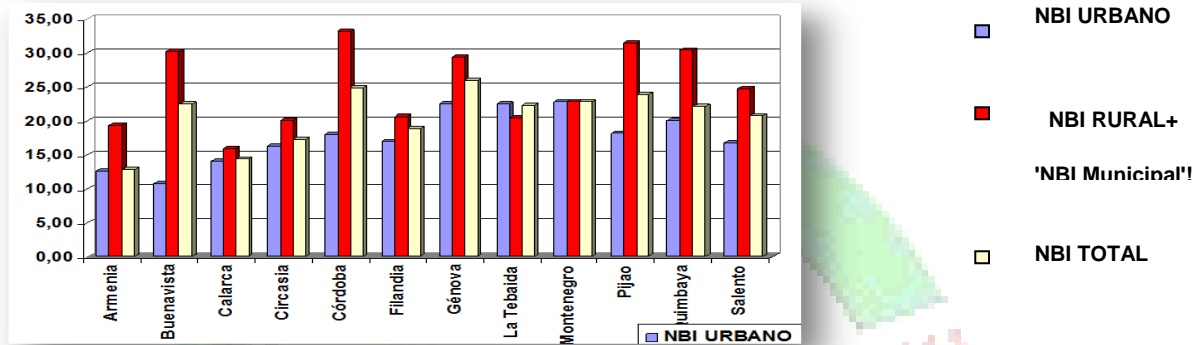
La mayor proporción (41.9%) de los habitantes de Circasia son solteros, seguido de los habitantes que tienen como estado civil casados (23.8%).

POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

En aproximación a los niveles de pobreza en Circasia derivada del análisis del NBI, de acuerdo con la encuesta SISBEN el 36.30% de la población del municipio corresponde al nivel uno y el 56.75% al nivel dos frente al 39.82 y 46.77%, respectivamente, para el departamento del Quindío. Con lo cual más del 90% de la población local está clasificada en las categorías más bajas del sistema de identificación de beneficiarios para programas sociales, lo que en el contexto rural se verifica con la estratificación de vivienda realizada en 2004-2005 de acuerdo con la metodología del DNP, que clasifica en los niveles Bajo-Bajo y Bajo al 63% y 18.1%, respectivamente, con lo cual nuevamente bajo este parámetro, se tiene que más del 81% de los hogares de la zona rural habitan viviendas clasificadas en los más bajos niveles de la estratificación rural.

NIVELES DE NBI EN EL QUINDIO POR MUNICIPIO

Año 2005



ACTIVIDADES ECONÓMICAS

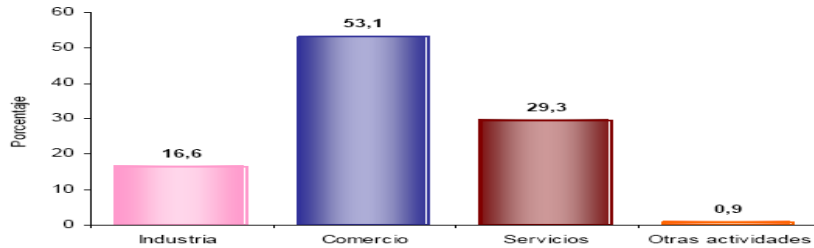
Hogares con algún tipo de actividad económica



Fuente DANE

Una proporción menor de habitantes del municipio de Circasia tiene alguna actividad económica en sus hogares, la mayoría de las personas que tienen alguna actividad económica la ejercen en la capital del departamento, gracias a la mayor oferta de empleos y al acceso que permite desplazamientos rápidos y seguros.

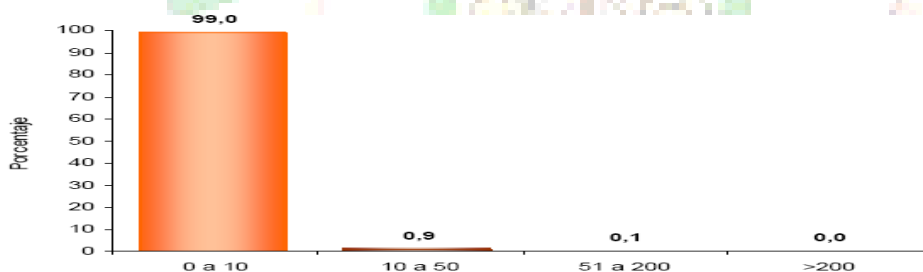
Establecimientos según el tipo de actividad



Fuente DANE

La actividad más desarrollada dentro del municipio es el comercio, 53.1% de los establecimientos de Circasia se dedica a esta actividad

Establecimientos según el número de personas ocupadas



Fuente DANE

El 99.0% de los establecimientos emplea menos de 10 personas, solamente un 0.9 % de los establecimientos da empleo de 10 a 50 personas

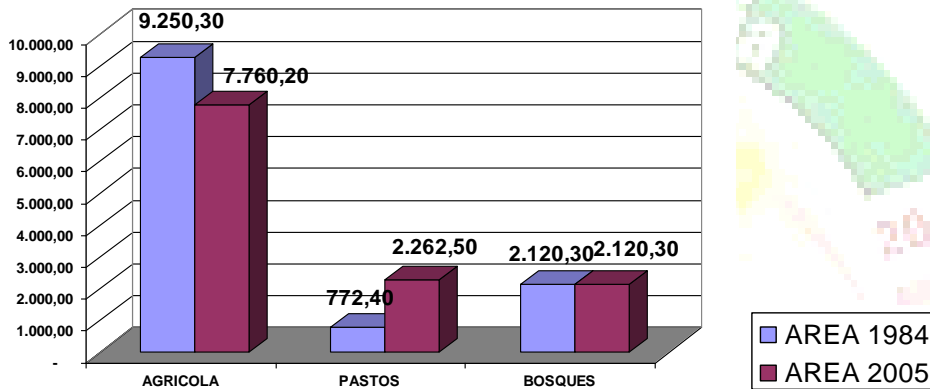
ESTRUCTURA PRODUCTIVA

De manera análoga al departamento en el cual la vocación agropecuaria es evidente, el municipio de Circasia presenta una importante concentración de su estructura productiva en las actividades agrícola y pecuaria.

No obstante, como consecuencia del agotamiento del modelo productivo apoyado en el monocultivo del café y la escasa diversificación de la base productiva, durante los años recientes ha operado un proceso de sustitución de recursos, es decir, no solamente áreas de cultivo (tierra), sino también recursos de inversión. En el primer caso, el área cultivada en café presenta una evidente contracción, en el agregado departamental el descenso en el área cafetera es del orden del 30% al pasar de 66.743 Has. En el año 1984 a 46.501 en 2006; para el mismo período, el municipio de Circasia redujo su área en café en un porcentaje similar, equivalente a poco más de 1.600 hectáreas (de 5.487 Has. a 3.878,7). En ambos casos, se ha cedido a favor de otros

renglones agrícolas como el plátano independiente y el aumento de áreas destinadas a pastos, fenómeno que algunos analistas han denominado como de “potrerización” del agro

DISTRIBUCIÓN DEL AREA DEL MUNICIPIO DE CIRCASIA POR UTILIZACIÓN DEL SUELO - Años 1984 y 2005



La evolución del área en pastos en el Departamento del Quindío, advierte un proceso continuo de aumento, al pasar de 61.830,8 Has. en el año 1.996 hasta alcanzar las 64.454 en 2003, año a partir del cual empieza a descender hasta ubicarse alrededor de las 61.200 hectáreas en 2006; no obstante, no parece adecuado afirmar que la mayor fragmentación de la propiedad rural en el departamento y en Circasia en particular esté obedeciendo a un proceso de potrerización -por lo menos durante el último decenio-, pues en este último caso, las áreas destinadas a pastos superan las 3.000 Has., operando un interesante aumento de la productividad en este renglón, dado que al comparar el número de animales este aumentó en un 29% al pasar de

TASA DE DESEMPLEO

Aunque para Circasia no hay información de este tipo, muy probablemente la problemática laboral sea aún mas compleja, toda vez que a diferencia de la ciudad capital, no cuenta con un mercado local lo suficientemente amplio como para soportar algunas de las actividades informales, el tradicional “rebusque”, que de alguna manera sirven a manera de “colchón” para soportar el flagelo del desempleo. No obstante, con la información disponible del Censo de población de 2005 se calculó la tasa de desempleo (TD) en 22,4%, lo que la ubica en tres puntos básicos sobre el promedio departamental, cifras ambas que reflejan la magnitud de una problemática social de grandes proporciones, como quiera que el aparato productivo es claramente incapaz de soportar las demandas actuales y no se advierte por lo pronto una tendencia en sentido contrario, lo cual plantea un serie reto a las autoridades locales y seccionales en la búsqueda de alternativas viables que permitan dinamizar la actividad productiva con la generación de empleo e ingresos para la población.

ASPECTOS DE INFRAESTRUCTURA

En cuanto a la infraestructura el Plan Territorial de Salud está ubicada en una casa cerca a la Alcaldía Municipal, comparte espacios con las oficinas del Régimen subsidiado, Sisben y Asuntos Sociales (Familias en acción y adulto mayor). Esta ubicación busca acortar distancias a los usuarios y mejorar los canales de comunicación entre las dependencias que trabajan aspectos en común y que coordinadamente prestan un servicio con mayor eficiencia.

La ESE Hospital San Vicente de Paúl, actualmente cuenta con una infraestructura que no es suficiente para el flujo de usuarios que maneja el Municipio. El Hospital tiene en su primer piso urgencias, hospitalización, consulta externa y en el segundo piso se encuentran las oficinas administrativas.

El servicio y la atención a los usuarios encuentran barreras debido a la insuficiencia de los espacios para lo cual se ha decidido ampliar los horarios de consultas externas de 5:00 PM a 9:00 PM.

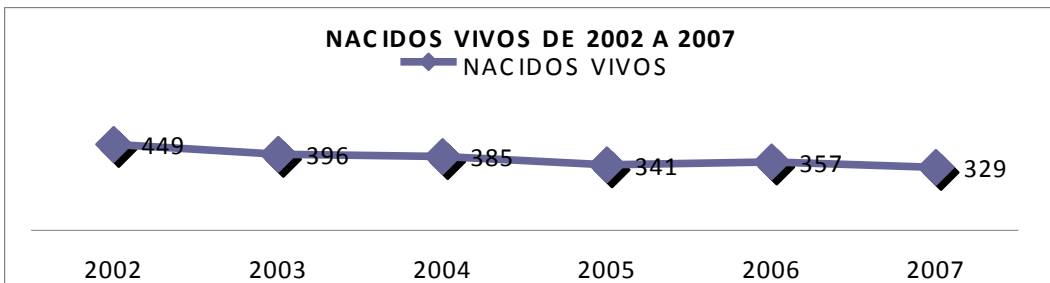
DIAGNÓSTICO SITUACIÓN DE SALUD

NACIDOS VIVOS, CIRCASIA. 2007

Nacidos Vivos según sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	170	51.7%
FEMENINO	159	48.3%
Total	329	100.0%

La proporción de nacidos vivos masculino y femenino se mantiene muy cercana.



NACIDOS VIVOS. CIRCASIA. ENERO A OCTUBRE DE 2007

NACIDOS VIVOS DE ACUERDO AL MUNICIPIO DE NACIMIENTO

MUNICIPIO DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
ARMENIA	168	53.7%	53.7%
BUENAVISTA	1	0.3%	54.0%
CALARCÁ	18	5.8%	59.7%
CIRCASIA	123	39.3%	99.0%
MONTENEGRO	2	0.6%	99.7%
QUIMBAYA	1	0.3%	100.0%
TOTAL	313	100.0%	100.0%

Se puede observar que probablemente se mantiene la proporción casi similar del número de nacidos vivos del municipio entre el año 2006 y 2007, también se observa que más de un 50% de las gestantes son atendidas en el momento del parto en instituciones de la ciudad de Armenia.

Nacidos vivos por zona de residencia

ZONA DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona Urbana	244	78.0%
Zona Rural	67	22.0%
Total	313	100.0%

Continúa observándose la proporción de nacimientos de acuerdo a la tasa poblacional.

Controles Prenatales

Controles Prenatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	5	1.6%	1.6%
1	6	1.9%	3.5%
2	19	6.1%	12.2%
3	20	6.4%	18.6%
4	24	7.7%	26.4%
Más de 5 CP	237	76.3%	100.0%
Total	311	100.0%	100.0%

Un 26.4% de las gestantes tienen menos de 4 controles prenatales, lo que indica algunos riesgos para ellas. Similar comportamiento se observa el año inmediatamente anterior, lo que indica la importancia de continuar canalizando a las gestantes desde diferentes instituciones para que

asistan a los controles, además de promover las buenas prácticas para prevenir riesgos durante la gestación.

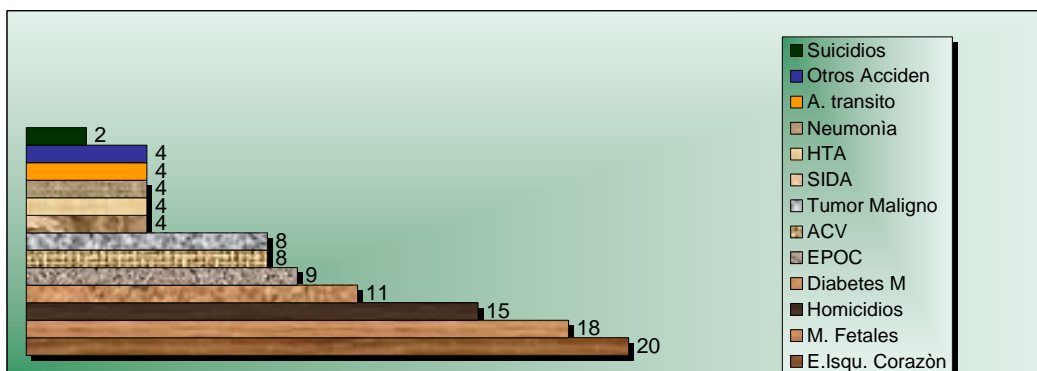
MORTALIDAD, CIRCASIA. 2006

Mortalidad por sexo y grupos de edad. Circasia, 2006

GRUPOS DE EDAD	DE HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL
MENOR DE 1 A	2				2
1 A 4			2		2
5 A 14	1		1		2
15 A 44	14		7		21
45 A 59	16		7		23
60 Y MÁS	47		43		90
Total	80		60		140

Fuente: ISQQ

En los grupos de edad económicamente activa y sexualmente reproductiva se observa una proporción más alta de mortalidad en hombres, siendo la primera causa los hechos violentos y accidentes de tránsito.



Fuente:

ISQQ HSVP Circasia

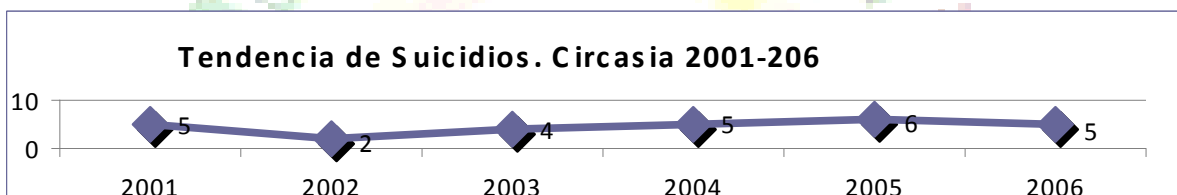
8 muertes tuvieron como causa principal tumores malignos de los cuales 3 fueron por Ca de hígado y 5 Ca de vías respiratorias. Al analizar la mortalidad se observó que además 15 tuvieron como causa secundaria diferentes tumores malignos, el Ca de estómago (4 casos), Ca de útero (2

ZONA	Frecuencia	Porcentaje
CAB. MPAL	127	90.7.0%
C. POBLADO	1	0.7%
RURAL DISPERSO	12	8.6%
Total	140	100.0%

casos), lo cual hace replantear y reforzar las medidas preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad por tumores malignos.

Mortalidad por zona de ocurrencia. Circasia. 2006

Fuente: ISQQ HSVP Circasia



Fuente ISQQ

De acuerdo a la gráfica anterior la tendencia de suicidios en los últimos 5 años, muestra dos cambios importantes, en el año 2.002 hubo un descenso de casos, para ir subiendo paulatinamente hasta el año 2005 en el cual se muestra un incremento importante de casos.

Muertes de acuerdo al sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	82	54.7%
FEMENINO	56	37.3%
INDETERMINADO	12	8.0%
Total	150	100.0%

Fuente, Sivigila, Estadísticas vitales HSVP , ISQQ

De acuerdo al sexo, el mayor número de muertes lo aporta el sexo masculino, 82 (54.7%)

Muerte por causa externa por grupos de edad y sitio de ocurrencia					
EDAD1	SUICIDIO	HOMICIDIO	A.TRANSITO	OTROS	TOTAL
>0 - 10	0	0	0	2	2
>10 - 20	2	4	0	0	6
>20 - 30	0	4	0	0	4
>30 - 40	0	3	1	0	4
>40 - 50	0	2	0	0	2
>50 - 60	0	2	0	1	3
>60 - 70	0	1	0	1	2
>70 - 80	0	0	1	0	1
>80 - 90	0	0	1	0	1
TOTAL	2	16	3	4	25

MORTALIDAD, CIRCASIA.2007

Cinco Primeras causa de mortalidad Circasia

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Cáncer	27	16.4%
Muerte Violenta	26	15.8%
IAM	20	12.1%
Muerte Fetal	17	10.3%

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
EPOC	12	7.2%
Total resto de causas	63	38.2%
Total	165	100%

Fuente: estadísticas vitales ISSQ

Muertes Violentas

CAUSA MUERTE VIOLENTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Arma Cortante	1	3.8%
Arma contundente	1	3.8%
Arma de Fuego	17	65.4%
Accidentes de tránsito	3	11.5%
Suicidio con arma de fuego	1	3.8%
Suicidio por ahorcamiento	3	11.5%
total	26	100%

Fuente: estadísticas vitales IISQ y HSVP

De las 26 muertes violentas ocurridas durante el año 2007, 30.8% fueron de menores de 20 años, 11 en menores de 40 años y 7 en mayores de 40 años. 88.5% de estas muertes ocurrieron en menores de 50 años lo que implica un alto número de daños de vida perdidos por presentarse en la porción de la población económicamente activos y sexualmente reproductivos. 4 de estas muertes violentas fueron por suicidio, 3 de las mismas por ahorcamiento y 1 con arma de fuego.

Mortalidad por cáncer

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ca de cerebro	1	3.7%
Ca de colon	2	7.4%
Ca de Encéfalo	1	3.7%
Ca de estómago	4	14.8%
Ca de Hígado	2	7.4%

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ca de Huesos	1	3.7%
Ca de mama	3	11.1%
Ca de N.E	1	3.7%
Ca de ovario	1	3.7%
Ca de páncreas	1	3.7%
Ca de pelvis	1	3.7%
Ca de próstata	4	14.8%
Ca de Pulmón	2	3.7%
Ca de Riñón	1	3.7%
Ca de Útero	1	3.7%
Ca de vejiga	1	3.7%
Total	27	100%

Fuente: estadísticas vitales ISSQ y HSVP

Del total de 27 muertes por cáncer, 15 (55,6%) fueron hombres y 12 mujeres. La razón H/M fue de 1,25:1 por cada mujer que muere por cáncer, mueren 1.25 hombres por esa misma causa. Es de resaltar que el Ca de próstata y el de pulmón con 4 casos cada uno (14.85) fueron los más frecuentes, seguidos del Ca de mama con 3 casos (11.1%).

MORBILIDAD GENERAL. 10 PRIMERAS CAUSAS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CIRCASIA. 2006

10 Primeras causas de morbilidad Hombres Menores de 1 año

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	351	66.35%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	46	8.7%
Enfermedades de la Piel y Tejido subcutáneo	33	6.2%
Lesiones No fatales por causa externa	19	3.6%
Conjuntivitis Mucopurulenta	7	1.3%

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Fiebre N.E	4	0.8%
Mialgias	4	0.8%
Varicela	3	0.6%
Reflujo	3	0.6%
Ictericia N.E	3	0.6%
TOTAL RESTO DE CAUSAS	529	

Fuente CIE10 HSVP

La Infección Respiratoria Aguda tiene un alto porcentaje de presencia en la morbilidad de los menores de 1 año y representa un alto riesgo de muerte infantil, este indicador muestra la necesidad de prevenir las enfermedades respiratorias en los niños.

Morbilidad Hombres de 1 a 5 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	871	39.3%
Lesiones No Fatales de Causa Externa	331	14.9%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	222	10.1%
Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo	129	5.9%
Virosis	65	2.9%
Asma	64	2.9%
Dolor Abdominal	38	1.7%
Salud Mental	30	1.3%
Sistema reproductivo y Vías urinarias	26	1.2%
Conjuntivitis	17	0.8%
Resto de Causas	420	19.0%

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
TOTAL	2213	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

En los niños de 1 a 5 años prevalece la IRA como causa de enfermedad principal, mostrándonos el riesgo y presentando la oportunidad para generar estrategias de manejo y de prevención.

Morbilidad Hombres 6 a 15 años

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales por Causa Externa	663	32.0%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	307	14.8%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	162	7.8%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	112	5.4%
Dolor Abdominal	85	4.1%
Virosis	82	3.9%
Asma	81	3.9%
Salud Mental	45	2.2%
Migraña	45	2.2%
Síndrome Articular	16	0.8%
Resto de causas	470	22.7%
TOTAL	2071	100.0%

En el caso de los niños entre 6 y 15 años las lesiones no fatales por causa externa presenta mayor frecuencia, de ésta manera se puede pensar que como característica comportamental de los niños en estas edades está la exposición a actividades rudas y con riesgo como parte de su cotidianidad. También se puede pensar en algunos accidentes generados por empujones o algún tipo de maltrato.

Morbilidad Hombres de 16 a 29 años

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales por Causa Externa	610	27.3%

IRA	75	3.4%
Alteraciones de la Piel y el Tejido Subcutáneo	71	3.3%
Infección Viral	60	2.7%
Virosis	58	2.6%
EDA	53	2.4%
Dolor Abdominal	50	2.2%
Salud mental	46	2.1%
Epilepsia	44	2.0%
Alteraciones de Sistema Genitourinario	40	1.8%
Resto de causas	1127	50.0%
TOTAL	2234	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Hombres de 30 a 44 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales por Causa Externa	359	19.4%
IRA	122	6.6%
Gastritis	110	5.9%
EDA	68	3.7%
Alteraciones del Sistema Genitourinario	65	3.5%
Migraña	52	2.8%
Dolor precordial	51	2.8%
Diabetes Mellitus	38	2.1%
Alteraciones de la visión	16	0.9%
Problemas de la Piel y Tejido Subcutáneo	10	0.5%
Resto de causas	958	51.8%
TOTAL	1849	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Hombres 45 a 60 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales por Causa Externa	423	21.8%
Hipertensión Arterial	348	17.9%
Alteraciones del Sistema Reproductivo y Vías Urinarias	73	3.8%
Gastritis	70	3.6%
Dolor Precordial	65	3.3%
Diabetes Mellitus	63	3.2%
EPOC	43	2.2%
Lumbago	37	1.9%
EDA	35	1.8%
Vértigo	28	1.4%
Resto de causas	757	39.0%
TOTAL	1942	100.0

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Hombres Mayores de 60 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	758	28.8%
EPOC	277	10.4%
Lesiones No Fatales de Causa externa	150	5.6%
Alteraciones del Sistema Reproductivo y Vías urinarias	145	5.4%
Alteraciones de la piel y tejido Subcutáneo	116	4.3%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	109	4.1%
Gastritis	100	3.7%
Problemas Articulares	67	2.5%

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Insuficiencia Cardiaca	65	2.4%
Síncope	60	2.2%
Resto de causas	815	30.5%
TOTAL	2668	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

En el caso de los hombres mayores de 60 años se encuentra la Hipertensión Arterial como primera causa que puede asociarse a otro tipo de enfermedades que deterioran la calidad de vida de las personas.

Morbilidad Mujeres menores de 1 año

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	315	58.2%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	50	9.2%
Alteraciones De la Piel y tejido Subcutáneo	47	8.7%
Lesiones no Fatales por Causa Externa	25	4.6%
Conjuntivitis Aguda	10	1.8%
Dolor Abdominal	8	1.5%
Convulsiones	5	0.9%
Vómitos del Recién Nacido	4	0.7%
Reflujo Gastroesofagico	4	0.7%
Resto de causas	73	13.5%
TOTAL	541	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

En el caso de las mujeres menores de 1 año, continúa siendo la IRA la principal causa de morbilidad y hasta el grupo de menores de 15 años ésta es la primera causa de enfermedad del género femenino, cuando empieza la etapa de la vida sexual activa y la fecundidad se observa cambios en las principales causas de enfermedad siendo las alteraciones del sistema genitourinario quien afecta a este grupo poblacional, creando de alguna manera una alerta en cuanto al compromiso de la vida sexual y reproductiva de dichas mujeres.

Morbilidad Mujeres de 1 a 5 años

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	615	39.8%
Enfermedad diarreica Aguda (EDA)	201	13.0%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	172	11.1%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	113	7.3%
Virosis	56	3.6%
Alteraciones del Sistema Genitourinario	54	3.5%
Asma	32	2.1%
Fiebre no especificada	19	1.2%
Dolor Abdominal	17	1.1%
Alteraciones de la Visión	10	0.6%
Resto de causas	257	16.6%
TOTAL del resto de causas	1546	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Mujeres de 6 a 15 años

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	341	17.8%
Lesiones no Fatales por Causa Externa	226	11.8%
Enfermedad Diarreica Aguda	165	8.6%
Dolor Abdominal	131	6.8%
Alteraciones de las Vías Genitourinarias	127	6.6%
Alteraciones de la piel y Tejido Subcutáneo	101	5.3%

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Gastritis	90	4.7%
Salud mental	81	4.2%
Migraña	80	4.2%
Asma	63	3.3%
	509	26.6%
TOTAL resto de causas	1914	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Mujeres 16 a 29 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Alteraciones Sistema Genitourinario	721	20.8
Infección Respiratoria Aguda	260	7.5%
Migraña	250	7.2%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	233	6.7%
Gastritis	211	6.1%
Dolor Abdominal	160	4.6%
Alteraciones de la piel y tejido Subcutáneo	151	4.3%
Enfermedad Diarreica Aguda	122	3.5%
Salud Mental	102	2.9%
Alteraciones durante el embarazo	72	2.1%
Resto de causas	1188	34.2%
TOTAL	3470	100.0%

FUENTE CIE10 HSVP

Morbilidad Mujeres de 30 a 44 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
--------	-------	------------

Alteraciones del sistema genitourinario	580	17.5%
Migraña	270	8.1%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	208	6.3%
Gastritis	182	5.5%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	171	5.2%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	120	3.6%
Salud mental	115	3.5%
Problemas Articulares	99	3.0%
Diabetes Mellitus	90	2.7%
Enfermedad Diarreica Aguda (IRA)	76	2.3%
Resto de causas	1400	42.3%
TOTAL	3311	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Mujeres de 45 a 60 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	951	26.3%
Alteraciones del Sistema Genitourinario	250	6.9%
Diabetes Mellitus	227	6.3%
EPOC	175	4.8%
Problemas Articulares	144	4.0%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	142	3.9%
Gastritis	130	3.6%
Alteraciones de la Piel y Tejido Conjuntivo	117	3.2%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	90	2.5%
Salud Mental	90	2.5%
Resto de causas	1300	35.9%

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
TOTAL del resto de causas	3616	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

LA Hipertensión Arterial también se convierte en la primera causa de enfermedad en las mujeres mayores y aumenta su rango de edad mostrando un inicio más rápido que deja interrogantes sobre los estilos de vida que dificultan experimentar una mejor calidad de vida.

Morbilidad Mujeres Mayores de 60 años

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	1465	37.2%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	215	5.5%
Diabetes Mellitus	208	5.3%
EPOC	198	5.0%
Alteración de las Vías Genitourinarias	171	4.3%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	143	3.6%
Gastritis	132	3.4%
Insuficiencia cardíaca	131	3.3%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	124	3.2%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	61	1.6%
Resto de causas	1086	27.6%
TOTAL del resto de causas	3934	100.0

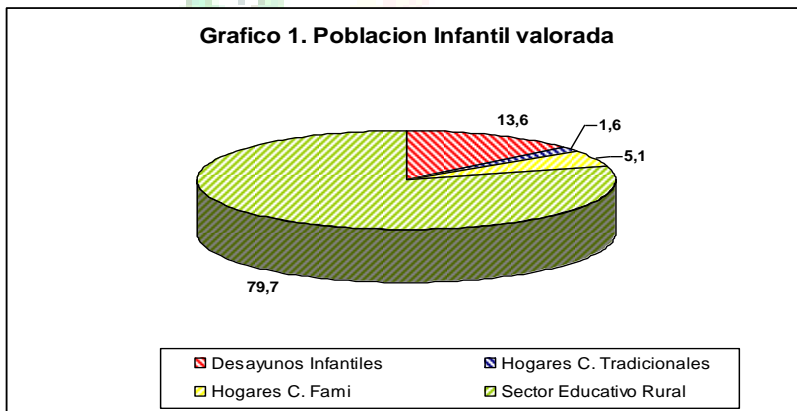
ANÁLISIS NUTRICIONAL. CIRCASIA. 2007

POBLACION INFANTIL VALORADA EN EL MUNICIPIO DE CIRCASIA

JULIO 2007

INSTITUCIONES y / O PROGRAMAS	NUMERO DE NIÑOS Y NIÑAS VALORADAS
DESAYUNOS INFANTILES	299

HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR	35
HOGARES COMUNITARIOS FAMI	112
SECTOR EDUCATIVO RURAL Y URBANO	1748
TOTAL	2194



SITUACION NUTRICIONAL, POBLACION MENOR DE 13 AÑOS - CIRCASIA, JULIO 2007

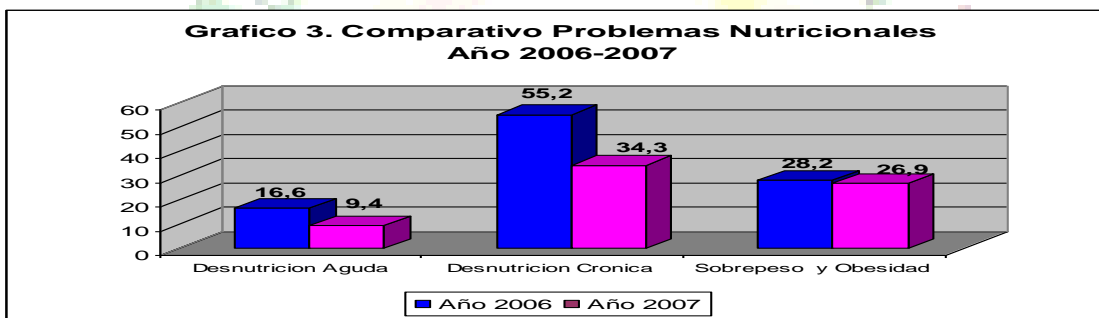
CLASIFICACION NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
INDICADOR PESO / TALLA		

Normal	1397	63.7
A riesgo	163	7.4
Desnutrición actual	44	2.0
Sobrepeso u obesidad	590	26.9
INDICADOR TALLA / EDAD		
Normal	1443	65.7
A riesgo	586	26.7
Desnutrición Crónica	165	7.6
INDICADOR PESO / EDAD		
Normal	992	45.2
A riesgo	519	23.7
Desnutrición global	254	11.6
Exceso de peso	429	19.5
TOTAL POBLACION INFANTIL VALORADA	2194	100

CUADRO COMPARATIVO DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES, NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 13 AÑOS, ANALIZANDO LOS DIFERENTES INDICADORES

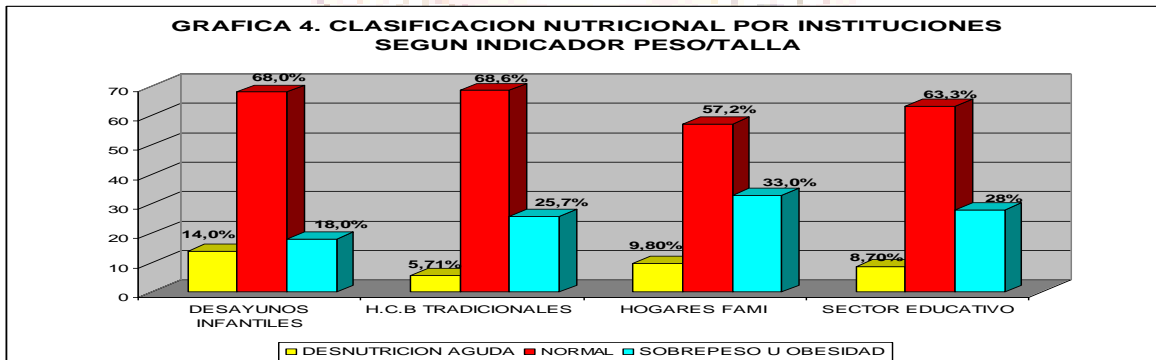
PROBLEMA NUTRICIONAL	AÑO 2006		AÑO 2007	
	#	%	#	%

Desnutrición actual ó aguda peso / talla	94	16.6	207	9.4
Desnutrición crónica Talla/ Edad	313	55.2	751	34.3
Sobrepeso u obesidad Peso/ Talla	160	28.2	590	26.9

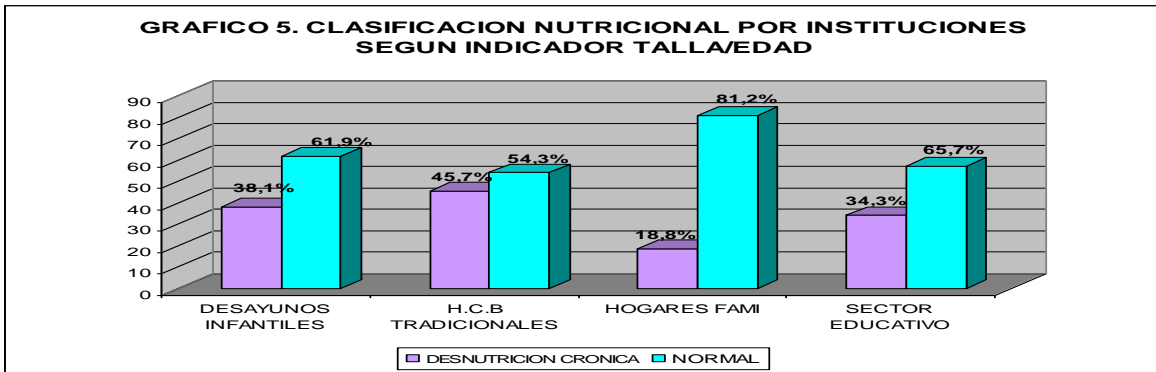


Fuente. Nutrición PAB

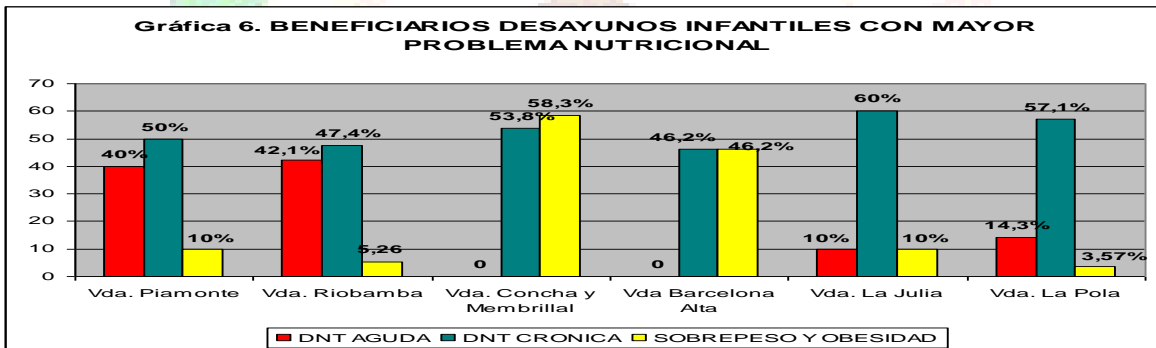
ANALISIS NUTRICIONAL POR INSTITUCION Y/O PROGRAMA SEGÚN INDICADOR PESO / TALLA



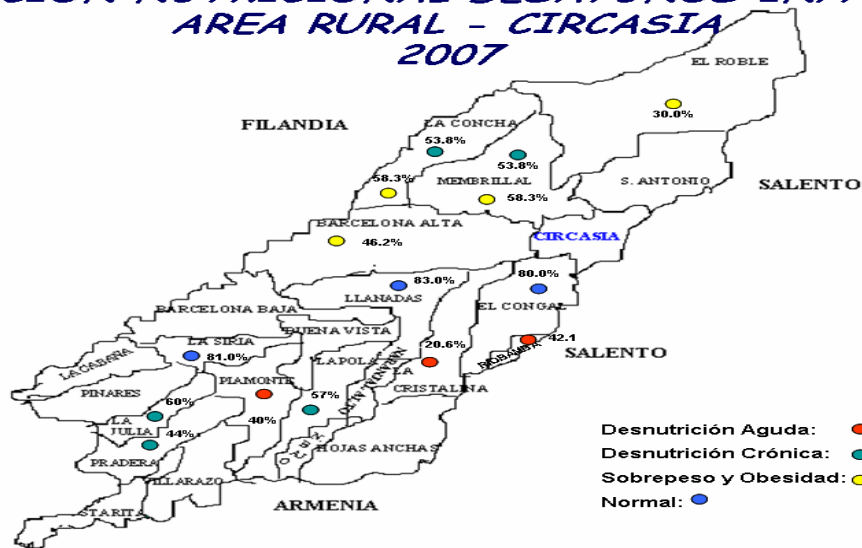
ANALISIS NUTRICIONAL POR INSTITUCION Y/O PROGRAMA SEGÚN INDICADOR TALLA / EDAD



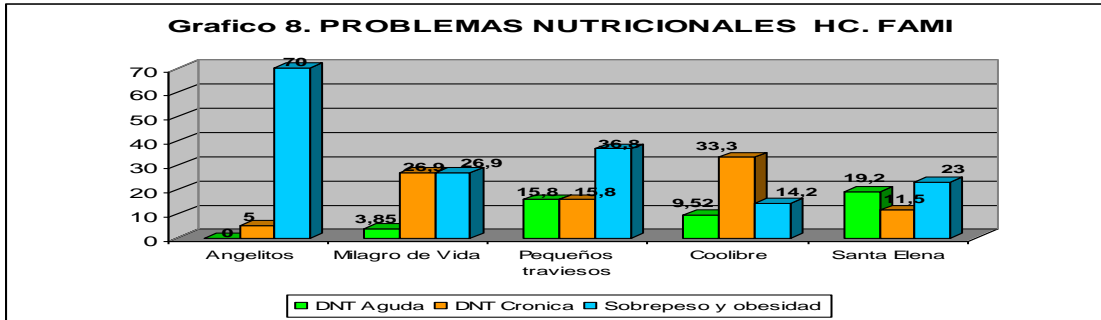
SITUACION NUTRICIONAL DESAYUNOS INFANTILES SEGÚN INDICADOR PESO / TALLA Y TALLA / EDAD



SITUACION NUTRICIONAL DESAYUNOS INFANTILES AREA RURAL - CIRCASIA 2007

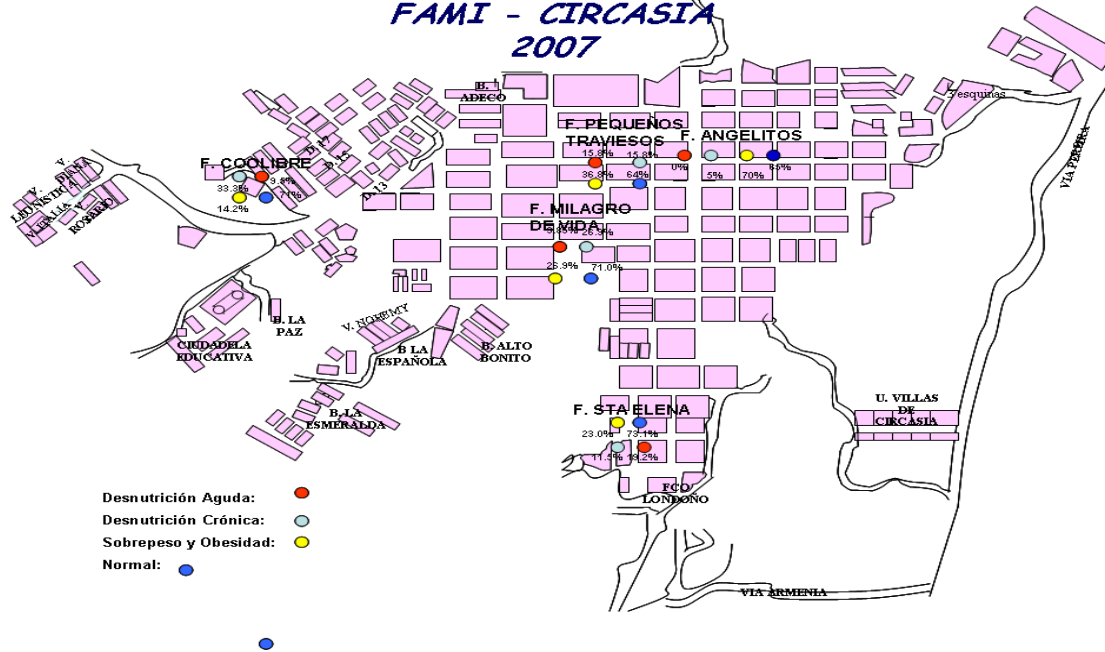


SITUACION NUTRICIONAL HOGAR COMUNITARIO FAMI SEGÚN INDICADOR PESO/TALLA Y TALLA/EDAD



SITUACION NUTRICIONAL SECTOR EDUCATIVO URBANO Y RURAL SEGÚN INDICADOR PESO/TALLA Y TALLA /EDAD

SITUACION NUTRICIONAL HOGARES COMUNITARIOS FAMI - CIRCASIA 2007

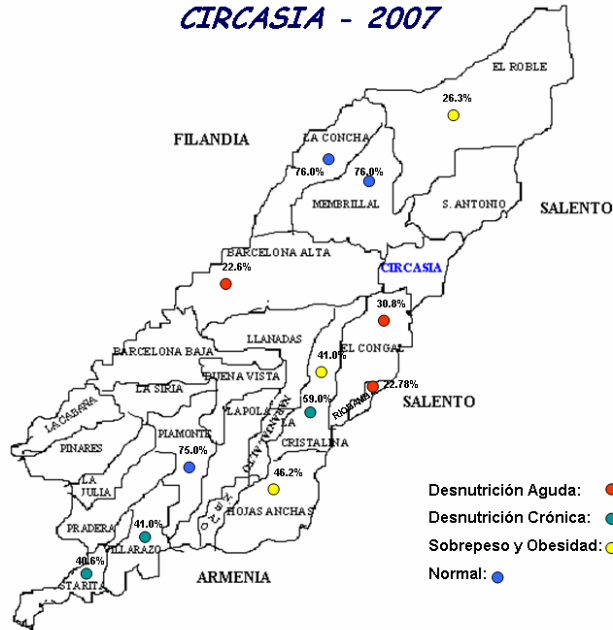


INSTITUCIONES	TOTA	PESO/TALLA	TALLA / EDAD
---------------	------	------------	--------------

L		DNT Aguda		Normal		Sobrepeso		DNT Crónica		Normal	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CD. Riobamba	22	5	22.7	14	63.6	3	13.6	4	18.2	18	81.8
CD el Congal	13	4	30.8	8	61.5	1	7.7	3	23.1	10	76.9
CD la Siria	16	2	12.5	11	63.6	3	18.8	4	25.0	12	75.0
CD Barcelona Alta	62	12		34		14		20	32.3	42	67.7
CD.Santa Rita	32	3	9.4	23	71.9	6	18.6	13	40.6	19	59.4
CD Villarazo	39	6	15.4	26	66.7	7	17.9	16	41.0	23	59.0
CD Cristalina	39	2	5.2	21	53.8	16	41.0	23	59.0	16	41.0
CD la Julia	13	1	7.7	9	69.2	3	23.1	4	30.8	9	69.2
CD Piamonte	15	0	0.0	12	80.0	3	20.0	4	26.7	11	73.3
CD Hojas Anchas	13	2	15.4	5	38.5	6	46.2	4	30.8	9	69.2
CD Concha y Membrillal	11	1	9.1	8	72.7	2	18.1	2	18.2	9	81.8
CD el Roble	19	0	0.0	14	73.7	5	26.3	7	36.8	12	63.2
CD San Francisco de Asis	103	16	15.5	65	63.1	22	21.4	9	8.7	94	91.3
CD San José	404	20	5.0	222	54.9	162	40.1	123	30.4	281	69.6
CD Consuelo Betancourt	264	15	5.7	200	75.8	49	18.5	107	40.5	157	59.5

INSTITUCIONES	TOTAL	PESO/TALLA						TALLA / EDAD			
		DNT Aguda		Normal		Sobrepeso		DNT Crónica		Normal	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CD Luis Edo. Calvo	351	24	6.8	216	61.5	111	31.7	95	27.1	256	72.9
Ciudadela Henry Marín	332	37	16.1	218	65.6	77	23.2	162	48.8	170	51.2
TOTAL	1748	152	8.7	1106	63.3	490	28.0	600	34.3	1148	65.7

SITUACION NUTRICIONAL SECTOR EDUCATIVO RURAL CIRCASIA - 2007



ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA). CIRCASIA, 2007

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo y se constituye en una de las principales causas de enfermedad y muerte en

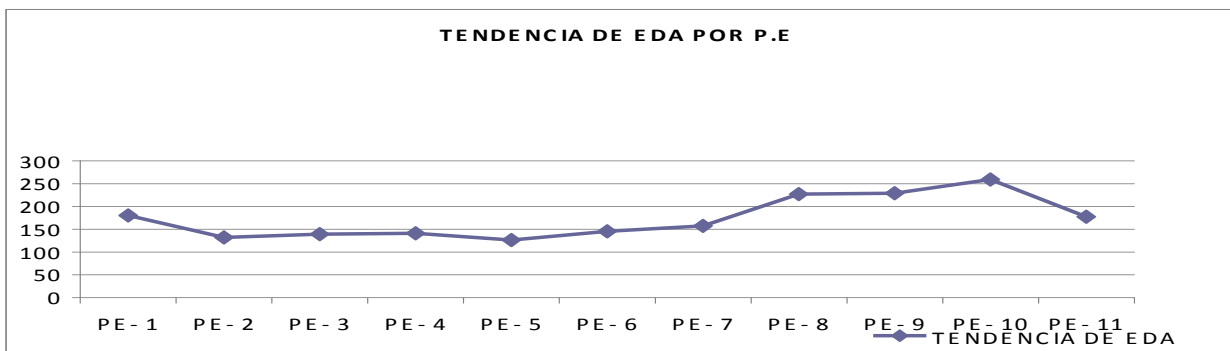
los niños menores de 5 años, con una tasa de mortalidad de aproximadamente 3.2 millones por año. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, llega a 9 episodios.

Cada año en las Américas, más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años.

Esta abrumadora carga de sufrimiento y muerte ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil superan 40 muertes por mil nacidos vivos.

EDA SEGÚN SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	1041	54.5%
MASCULINO	870	45.5%
TOTAL	1911	100%



Los casos de EDA empiezan a aumentarse a partir del PE 8 llegando al máximo de casos en el PE 10, en el PE 11 hubo un descenso de los casos.

El grupo más vulnerable que presenta mayor riesgo de morir a causa de EDA es el de menores de 5 años, de acuerdo a los datos encontrados el grupo que presenta mayor número de casos fue el de menores de 10 años con 918 casos y un porcentaje del 48.0%. De estos 918 casos, el 65.1% se presentó en menores de 5 años.

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. CIRCASIA, 2007

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los problemas principales de salud

Entre los niños menores de 5 años de los países en desarrollo. En la región de las Américas, las IRA se ubican entre las primeras cinco causas de defunción de menores de 5 años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud

IRA por grupos de edad 2007

edad1	Frecuencia	Porcentaje
<10	1889	48.5%
10 - 19	533	13.7%
20 - 29	349	9.0%
30 - 39	231	5.9%
40 - 49	282	7.2%
50 - 59	232	6.0%
60 - 69	190	4.9%
> 70	192	1.3%
Total	3898	100.0%

Datos de SIVIGILA,PAB y S.I HSVP Circasia

Oliva FB

Las IRA son también la causa principal de indicación de medicamentos en los niños y en la mayoría de estos es innecesaria la mayor parte del tiempo ya que tienen efectos potencialmente nocivos y en el caso de los antibióticos, generan resistencia bacteriana. Su uso excesivo e innecesario se ha incrementado sustancialmente.

IRA según diagnóstico

DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje
AMIGDALITIS	742	19.0%

DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje
ASMA MIXTA	39	1.0%
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	55	1.4%
BRONQUITIS	434	11.2%
FARINGITIS	511	13.1%
INFECCIÓN AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, N.E	398	10.2%
INFECCIÓN AGUDA N.E DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	94	2.4%
LARINGITIS AGUDA	77	2.0%
NEUMONIA BACTERIANA	95	2.4%
OTITIS	488	12.5%
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	741	19.0%
SINUSITIS	91	2.3%
TOS	133	3.4%
Total	3898	100.0%

Datos de SIVIGILA, PAB y S.I HSVP Circasia

Oliva FB

El resfriado común con 741 casos (19.0%) y la amigdalitis con 742 (19.0%) fueron los eventos más frecuentes dentro de las infecciones respiratorias agudas.

VACUNACIÓN 2007

La cobertura en vacunación de 2007 en BCG fue de 94 dosis aplicadas, ANTIPOLIO 1363, Pentavalente en menores de un año 1 dosis 233, 2 dosis 207 y 3 dosis 267. DPT en niños de 18 meses se aplicaron 261 dosis y en niños y niñas de 5 años 308 dosis. Para la TRIPLE VIRAL en menores de 1 año fueron 270 las dosis aplicadas.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. PRIMER SEMESTRE DE 2007

Quando se habla de la vulneración de los derechos de los niños y las niñas es importante aclarar que uno de los contextos en donde más se presenta dicha vulneración es dentro de la familia, por ello presentamos los datos completos del tipo de violencia pues aunque no sean directamente los niños quienes reciben el maltrato, por la dinámica familiar alcanzan a sufrirlo.

TIPO VIOLENCIA

TIPO VIOLENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
FISICA	30	14,2%	14,2%
FISI-VERBAL	17	8,0%	22,2%
FIS-PSIC	13	6,1%	28,3%
FIS-PSICOL-VERBAL	22	10,4%	38,7%
FIS-SEXUAL	1	0,5%	39,2%
G. NEGLIGENCIA	48	22,6%	61,8%
MULTIPLE	10	4,7%	66,5%
PSICOL-NEGLIG	19	9,0%	75,5%
PSICOLOGICA	3	1,4%	76,9%
PSICOLO-SEXUAL	1	0,5%	77,4%
PSIC-VERB-SEXUAL	1	0,5%	77,8%
SEXUAL	4	1,9%	79,7%
VERBAL	43	20,3%	100,0%
SIN DATO	5		

TIPO VIOLENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

En las familias del municipio la presencia de la violencia física acompañada de otros tipos de violencia ocupa el primer lugar en las estadísticas recolectadas durante el primer semestre de 2007.

EDAD AGREDIDO

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
>0 - 10	36	21,2%	21,2%
>10 - 20	25	14,7%	35,9%
SIN DATO	47		
Total	61		

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

En cuanto a la edad de los agredidos observamos que al menos en un 35.9% de los casos ocurridos fueron directamente contra niños, niñas y adolescentes.

EDAD AGRESOR

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
>0 - 10	1	0,7%	0,7%
>10 - 20	10	7,4%	8,1%
Total	11		

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

Como resultado de la disfunción familiar y de la violencia intrafamiliar el municipio empieza a percibir casos de niños, niñas y adolescentes agresores.

SEXO AGREDIDO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
F	166	76,5%	76,5%
M	51	23,5%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

En un porcentaje alto casi tres veces mayor las mujeres son víctimas de la violencia intrafamiliar.

SEXO-AGRESOR

SEXO-AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
F	54	26,0%	26,0%
M	154	74,0%	100,0%
SIN DATO	9		
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

Para el caso de los agresores se observa que un porcentaje alto (74%) de los agresores son de sexo masculino. Al analizar la postura de género continuamos presentando una relación víctima – victimario en donde la posición masculina y femenina se ubican en uno de los extremos como si les correspondiera dentro de los significados culturales.

CIRCUNSTANCIA DE LA AGRESIÓN

CIRCUNST-AGRESION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ALCHOL-IRA	7	3,2%	3,2%
ALCOHOL	3	1,4%	4,6%
ALCOHOL. SEC	2	0,9%	5,6%
ALCOHOL/DROG	3	1,4%	6,9%
ALCOHOL/DROG/IRA	3	1,4%	8,3%
ALCOHOL-CELOS	3	1,4%	9,7%
ALCOHOL-EMOCIONALES	8	3,7%	13,4%
CELOS	4	1,9%	15,3%
DROGA-EMOCIONALES	1	0,5%	15,7%
DROGAS	1	0,5%	16,2%
IRA	23	10,6%	26,9%
NS	102	47,2%	74,1%
P. EMOCIONAL/PSICOL	22	10,2%	84,3%

CIRCUNST-AGRESION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PSECONOM	34	15,7%	100,0%
Total	216	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

La Ira es la circunstancia que desencadena un porcentaje alto de los maltratos, muestra de la dificultad para tolerar las diferencias entre los seres humanos y probablemente un manejo adecuado de los comportamientos inaceptados dentro del grupo familiar. Al analizar la frecuencia del consumo de alcohol reunida con otra condición se puede pensar en una problemática que por su característica de aceptación social se va convirtiendo en un problema de salud pública de difícil intervención por el rechazo que se genera en la comunidad para aceptar que el consumo de alcohol genera comportamientos inadecuados que dañan la calidad de vida y enferman no sólo al abusador sino también a los miembros de la familia que conviven con la situación.

ESTADO CIVIL AGREDIDO

E.CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CASADO/A	21	9,7%	9,7%
DIVOR/SEPAR	9	4,2%	13,9%
MENOR	60	27,8%	41,7%
NS	38	17,1%	58,8%
SOLTERO/A	35	16,2%	75,0%
UL	54	25,0%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

ESTADO CIVIL AGRESOR

E.CIVIL-AGRES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CASADO/A	31	14,3%	14,3%
DIVORCIADO/A	11	5,1%	19,4%
MENOR	7	3,2%	22,6%
NS	75	34,6%	57,1%
SOLTERO/A	34	15,7%	72,8%
UL	59	27,2%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

FRECUENCIA ACTO

FRECUENCIA ACTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
UNA VEZ	20	9,3%	9,3%
1 VEZ ANTERIOR	18	8,4%	17,7%
3 O MAS VECES	66	30,7%	48,4%
NS	111	51,6%	100,0%
Total	215	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

Cuando la violencia se presenta desafortunadamente esperamos algún tiempo para denunciarla, el carácter privado del evento desplaza el valor propio y la importancia de una vida tranquila y adecuada para el desarrollo de la personalidad.

OCUPACION AGREDIDO

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
AGRICUL/PESCAD	4	1,8%	1,8%
AMA CASA	57	26,3%	28,1%
ASEADORA	4	1,8%	30,0%
CELADOR	1	0,5%	30,4%
COMERC/VENDEDOR	21	9,7%	40,1%
CONDUCTOR/MECANICO	1	0,5%	40,6%
DESEMPLEADO	2	0,9%	41,5%
ESTUDIANTE	36	16,6%	58,1%
F. MILITAR	1	0,5%	58,5%
MENOR EDAD	16	7,4%	65,9%
OBRERO-EBANIS-CONSTRUCC	4	1,8%	67,7%
OTRO	3	1,4%	69,1%
PROFESIO-TECNICO	6	2,8%	71,9%
SD	55	25,3%	97,2%
T. INFORMALES	5	2,3%	99,5%
T. SEXUAL	1	0,5%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

OCUPACION AGRESOR

OCUPACION-AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
AGRICULT/PESC	12	5,6%	5,6%
AMA CASA	11	5,1%	10,7%
ASEADORA	3	1,4%	12,1%
CELADOR	2	0,9%	13,0%
COMERCIAN/VENDED	20	9,3%	22,3%
CONDUCT/MECAN	12	5,6%	27,9%
DESEMPLEADO	8	3,7%	31,6%
ESTUDIANTE	5	2,3%	34,0%
F.MILITAR	2	0,9%	34,9%
JUBILADO	4	1,9%	36,7%
MENOR EDAD	3	1,4%	38,1%
OBRERO-EBANISTA-CONSTRUC	13	6,0%	44,2%
OTRO	7	3,3%	47,4%
PROFES.TECNIC	5	2,3%	49,8%

OCUPACION-AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PROFESOR	2	0,9%	50,7%
SD	96	43,7%	94,4%
T.INFORMAL	10	4,7%	99,1%
T.SEXUAL	2	0,9%	100,0%
Total	215	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NS.	48	21,8%	21,8%
RURAL.	20	9,3%	31,0%
URB.	149	69,0%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

RELACION-AGREDIDO/AGRESOR

RELACION-AGREDIDO/AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONYUGE	77	35,6%	35,6%
HERMANO/A	7	3,2%	38,9%

RELACION-AGREDIDO/AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
HIJO/A	8	3,7%	42,6%
MADRASTRA/O	3	1,4%	44,0%
NS	49	22,2%	66,2%
PADRE/MADRE	44	20,4%	86,6%
PARIENTE	7	3,2%	89,8%
VECINO/A	22	10,2%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

VIVEN MISMA CASA

VIVEN MISMA CASA	Frecuencia	Porcentaje
NO	92	42,6%
NS	47	21,8%
SI	77	35,6%
SIN DATO	1	
Total	217	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD

ESTRATÉGIA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

POLITICA DE DESARROLLO SOCIAL E INCLUSIÓN

ESTRATEGIA: 3.2. Estrategia de salud	
PROGRAMA: 3.2.1. Aseguramiento en salud	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Apoyar un programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social	Número de programas de ampliación apoyados
SUBPROGRAMA: 3.2.1.1 Ampliación de cobertura	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Apoyar un (1) programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social	Número de programas de ampliación de cobertura y de continuidad en seguridad social apoyado
SUBPROGRAMA: 3.2.1.2 Continuidad	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Apoyar un (1) programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social	Número de programas de ampliación de cobertura y de continuidad en seguridad social apoyado

PROGRAMA: 3.2.2. Prestación y desarrollo de servicios de salud	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Desarrollar Un (1) programa de mejoramiento de calidad y cobertura en la prestación del servicio de salud del Municipio de Circasia	Número de programas de mejoramiento desarrollados
SUBPROGRAMA: 3.2.2.1 Mejoramiento de la accesibilidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Desarrollar un (1) proceso de articulación para el fortalecimiento de la Empresa Social del Estado	Número de procesos de articulación realizados



PROGRAMA: 3.2.3 Salud pública	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Desarrollar Un (1) programa de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos en salud con coberturas útiles	Número de programas desarrollados
SUBPROGRAMA: 3.2.3.1 Salud Infantil	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar un (1) programa que incluya PAI, IAMI y AIEPI	Número de programas implementados
SUBPROGRAMA: 3.2.3.2 Salud sexual y reproductiva	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Desarrollar Un (1) programa de formación, apoyo y garantía para la salud sexual y reproductiva	Número de programas desarrollados
SUBPROGRAMA: 3.2.3.3 Salud mental	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Construir una (1) red comunitaria para la promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Número de redes comunitarias construidas
SUBPROGRAMA: 3.2.3.4 Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Establecer Un (1) programa de prevención, seguimiento y control de enfermedades transmisibles y zoonosis	Número de programas establecidos

SUBPROGRAMA: 3.2.3.5 Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar Una (1) de red social de estilos de vida saludables	Número de redes implementadas y operando
SUBPROGRAMA: 3.2.3.6 Salud oral	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar una (1) estrategia de salud bucal en todos los grupos etáreos	Número de estrategias de salud bucal en todos los grupos téreos
SUBPROGRAMA: 3.2.3.7 Seguridad sanitaria y saneamiento básico	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Establecer una (1) estrategia de seguimiento, vigilancia y control en la seguridad sanitaria y saneamiento básico	Número de estrategias de seguimiento, vigilancia y control en la seguridad sanitaria y saneamiento básico implementadas
SUBPROGRAMA: 3.2.3.8 Desarrollo institucional y apoyo a la gestión	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Realizar Un programa de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional en salud pública	Número de programas de gestión realizados

PROGRAMA: 3.2.4. Promoción social	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Formular un (1) plan de acción integral a poblaciones especiales	Número de planes formulados
SUBPROGRAMA: 3.2.4.1 Atención a grupos vulnerables	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar el plan de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención a poblaciones especiales	Número de planes implementados
SUBPROGRAMA: 3.2.4.2 Implementación de la Red Juntos	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Suscribir Un (1) convenio implementado para la red de la superación de la pobreza extrema	Número de convenios suscritos

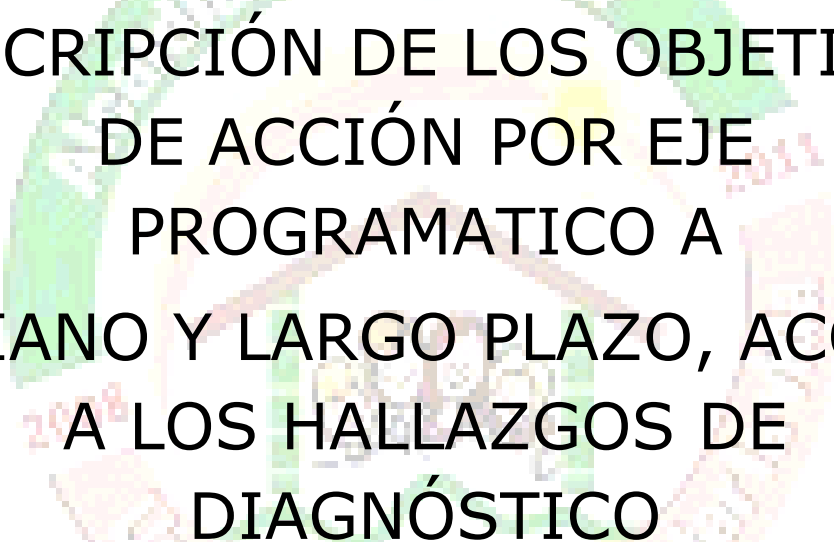
PROGRAMA: 3.2.5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Formular una (1) política para la prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	Número de políticas formuladas
SUBPROGRAMA: 3.2.5.1 Salud y seguridad en el trabajo	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar Un (1) programa de promoción, inducción, inspección, sensibilización y seguimiento de la salud en el entorno laboral	Número de programas implementados
PROGRAMA: 3.2.6. Prevención de emergencias y desastres	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Desarrollar Un (1) programa para el fortalecimiento comunitario e institucional	Número de programas de fortalecimiento desarrollados
SUBPROGRAMA: 3.2.6.1 Fortalecimiento institucional para la atención de desastres	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar Un (1) programa de apoyo a las instituciones de socorro	Número de programas de apoyo a las instituciones de socorro, implementados
SUBPROGRAMA: 3.2.6.2 Cultura para la gestión del riesgo	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Desarrollar Un (1) programa para capacitar a la comunidad en prevención y atención de desastres	Número de programas realizados de capacitación a la comunidad en prevención y atención de desastres



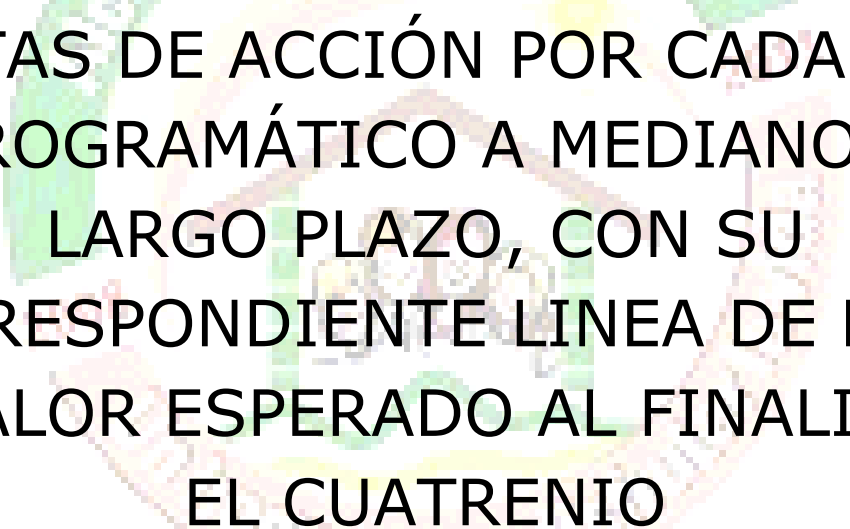
1. EJE PROGRAMÁTICO ASEGURAMIENTO:	
OBJETIVOS	METAS
Alcanzar la universalización de afiliación de la población circasiana al SGSSS	Apoyar un programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social, de acuerdo a los lineamientos Nacionales.
2. EJE PROGRAMÁTICO DE PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD:	
Mejorar la prestación del servicio de salud de la ESE Hospital San Vicente de Paúl desde la calidad, accesibilidad y eficiencia.	Implementar un programa de mejoramiento de calidad y cobertura en la prestación del servicio de salud del municipio de Circasia.
3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA	
Generar un proceso articulado intersectorial orientado a las intervenciones colectivas en salud	Desarrollar un programa de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos en salud con coberturas útiles
4. EJE PROGRAMÁTICO DE PROMOCIÓN SOCIAL	
Articular acciones en pro de la atención integral de grupos vulnerables	Formular un plan de acción integral a poblaciones especiales
5. EJE PROGRAMÁTICO DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES	
Generar una cultura responsable frente a la prevención de la salud ocupacional y los riesgos profesionales	formular una política para la prevención, vigilancia y control de los riesgos profesionales
6. EJE PROGRAMÁTICO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	
Articular acciones para el fortalecimiento comunitario	Formular un programa para el fortalecimiento comunitario institucional

interinstitucional para la prevención de emergencias y desastres que afecten la salud colectiva	
---	--





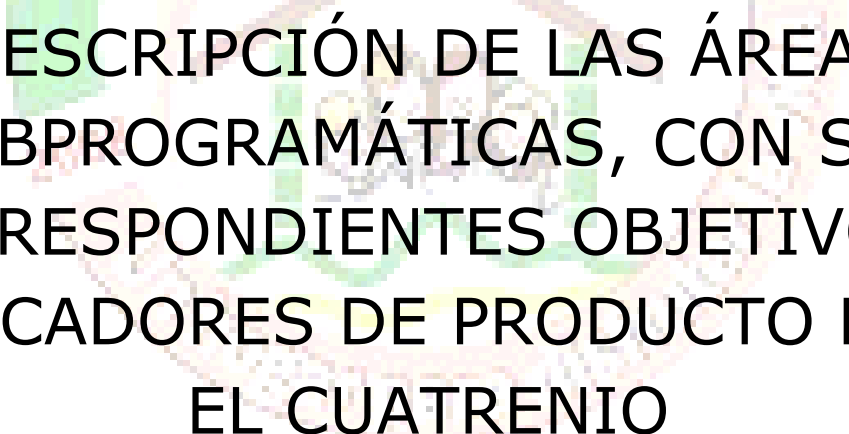
DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS
DE ACCIÓN POR EJE
PROGRAMÁTICO A
MEDIANO Y LARGO PLAZO, ACORDE
A LOS HALLAZGOS DE
DIAGNÓSTICO



**METAS DE ACCIÓN POR CADA EJE
PROGRAMÁTICO A MEDIANO Y
LARGO PLAZO, CON SU
CORRESPONDIENTE LINEA DE BASE
Y VALOR ESPERADO AL FINALIZAR
EL CUATRENIO**

(ANEXO 1 PLAN INDICATIVO,

RESOLUCIÓN 425)



DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS
SUBPROGRAMÁTICAS, CON SUS
CORRESPONDIENTES OBJETIVOS E
INDICADORES DE PRODUCTO PARA
EL CUATRENIO

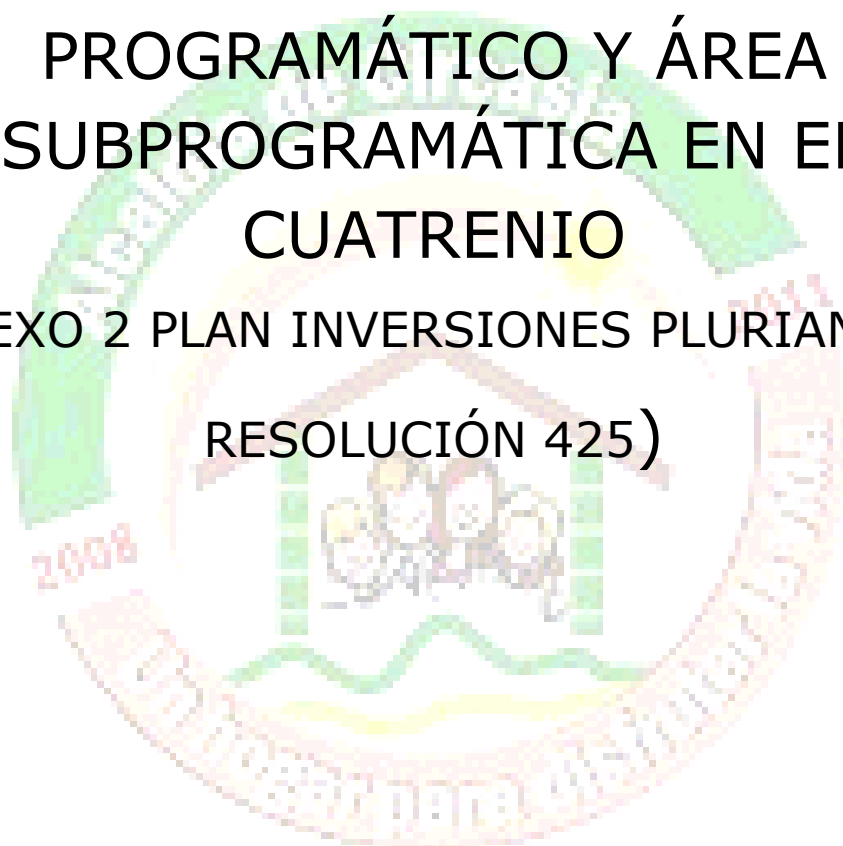
1. EJE PROGRAMÁTICO ASEGURAMIENTO:	
OBJETIVOS	INDICADOR
Alcanzar la universalización de afiliación de la población circasiana al SGSSS	Un (1) programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social, de acuerdo a los lineamientos Nacionales.
2. EJE PROGRAMÁTICO DE PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD:	
Mejorar la prestación del servicio de salud de la ESE Hospital San Vicente de Paúl desde la calidad, accesibilidad y eficiencia.	Un (1) programa de mejoramiento de calidad y cobertura en la prestación del servicio de salud del municipio de Circasia.
3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA	
Generar un proceso articulado intersectorial orientado a las intervenciones colectivas en salud	Un (1) programa de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos en salud con coberturas útiles
4. EJE PROGRAMÁTICO DE PROMOCIÓN SOCIAL	
Articular acciones en pro de la atención integral de grupos vulnerables	Un (1) plan de acción integral a poblaciones especiales
5. EJE PROGRAMÁTICO DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES	
Generar una cultura responsable frente a la prevención de la salud ocupacional y los riesgos profesionales	Una (1) política para la prevención, vigilancia y control de los riesgos profesionales
6. EJE PROGRAMÁTICO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	
Articular acciones para el fortalecimiento comunitario	Un (1) programa para el fortalecimiento comunitario institucional

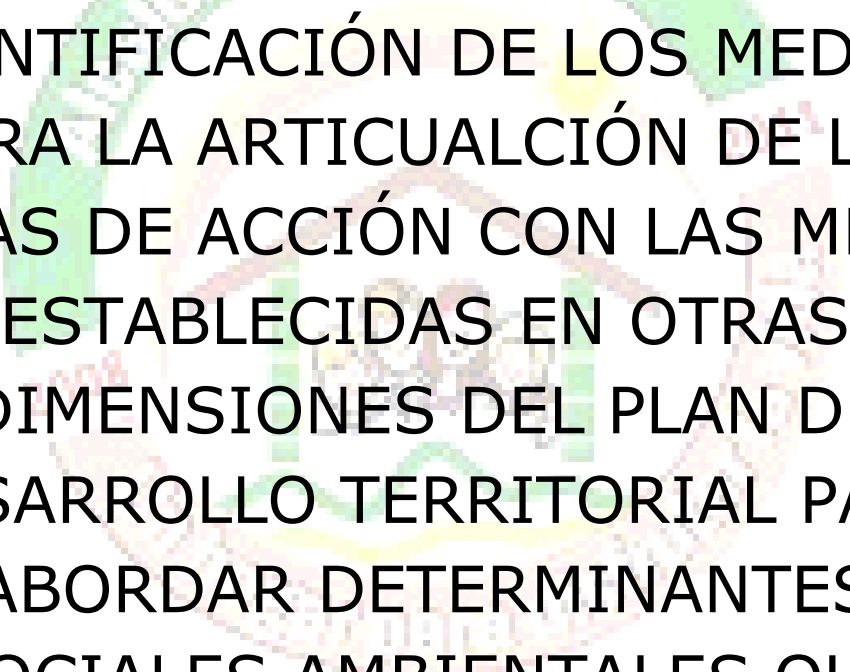
interinstitucional para la prevención de emergencias y desastres que afecten la salud colectiva	
---	--



ESTIMACIÓN Y PROYECCIÓN PRESUPUESTAL DE CADA EJE PROGRAMÁTICO Y ÁREA SUBPROGRAMÁTICA EN EL CUATRENIO

(ANEXO 2 PLAN INVERSIONES PLURIANUAL,
RESOLUCIÓN 425)





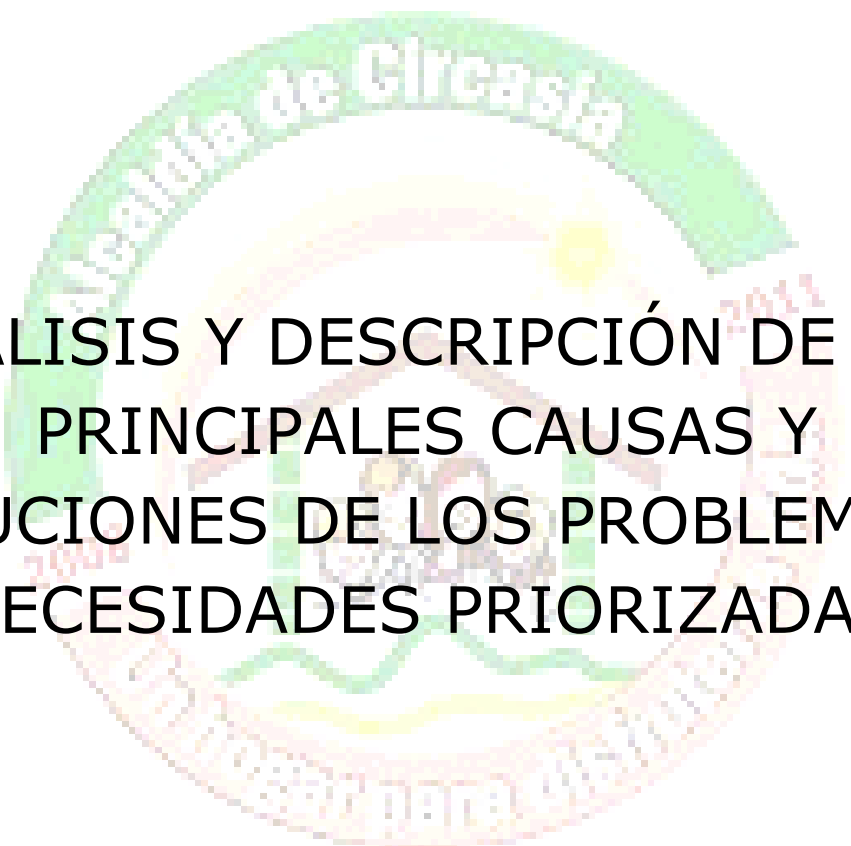
IDENTIFICACIÓN DE LOS MEDIOS
PARA LA ARTICULACIÓN DE LAS
METAS DE ACCIÓN CON LAS METAS
ESTABLECIDAS EN OTRAS
DIMENSIONES DEL PLAN DE
DESARROLLO TERRITORIAL PARA
ABORDAR DETERMINANTES
SOCIALES AMBIENTALES QUE
AFECTAN LA SALUD

El PLAN DE SALUD TERRITORIAL, a parte de sus ejes programáticos (aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención, vigilancia y control de los riesgos profesionales) para lo cual se establecen directrices específicas según decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 y resolución 425 del 11 de febrero de 2008; con rubros de destinación específica y el cual se encuentra inmerso en EL PLAN DE DESARROLLO Territoriales el numeral 3.2 con el nombre ESTRATEGIA DE SALUD y cuya matriz financiera general de dicho plan también contempla el PLAN DE SALUD TERRITORIAL, es importante aclarar que el rubro que aparece en salud es directamente para ejecución del eje programático de salud pública y que para los otros ejes programáticos está transversalizado según sus condiciones específicas de presupuesto.

Hace parte de la visión del municipio frente a la transversalidad con todas las áreas para ser reflejado en acciones en pro del bienestar y calidad de vida de la población Circasiana con el objetivote hacer de "Circasia, un hogar para disfrutar la vida".

1. EJE PROGRAMÁTICO ASEGURAMIENTO:
ESTEBAN VILLADA DUQUE (REGIMEN SUBSIDIADO)
JUAN FELIPE TOBÓN (SISBEN)
2. EJE PROGRAMÁTICO DE PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD:
IVAN PALACIO (GERENTE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL)
3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA
YANNETH AMPARO VELASQUEZ CASTAÑEDA (COORDINADORA PST)
4. EJE PROGRAMÁTICO DE PROMOCIÓN SOCIAL
LILIANA MARITZA NARANJO ARBOLEDA (OFICINA ASUNTOS SOCIALES)
5. EJE PROGRAMÁTICO DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES
GLORIA INÉS GÓMEZ (SALUBRISTA OCUPACIONAL)
6. EJE PROGRAMÁTICO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES
WULLIAM DAVID CARDONA (COORDIANDOR CLOPAD)





**ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS
PRINCIPALES CAUSAS Y
SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS Y
NECESIDADES PRIORIZADAS**

<p>1. EJE PROGRAMÁTICO ASEGURAMIENTO: Régimen subsidiado Bajo cubrimiento de subsidios en salud a la población de nivel 1 y 2 del SISBEN</p>		
Politización en la adjudicación de los subsidios	Población vulnerable sin cobertura	Inconformismo generalizado de la comunidad con la administración
Solicitud de subsidios en momentos críticos	Desconocimiento de los habitantes del acceso de los subsidios en salud	Recorte de los recursos para cobertura de subsidios en salud
Bajo presupuesto del municipio para gastos de funcionamiento	Deficientes recursos tecnológicos para la administración de la base de datos Personal poco capacitado para manejo de los procesos	Ineficiencia de los procesos de la dependencia
<p>Cubrimiento de subsidios en salud a la población de nivel 1 y 2 del SISBEN</p>		
Legitimación en la adjudicación de los subsidios	Población vulnerable con cobertura	Satisfacción de la comunidad con la administración
Solicitud permanente de la afiliación al régimen subsidiado	Información para los habitantes del acceso a los subsidios en salud	Aumento de los recursos para cobertura de subsidios en salud
Incremento del presupuesto del municipio para gastos de funcionamiento	Recurso tecnológico óptimo para la administración de la base de datos Personal capacitado para el manejo de los procesos	Eficiencia de los procesos de la dependencia
<p>SISBEN</p> <p>Deficiencia de la cobertura</p>		
Politización Saturación de cupos en el nivel equivocado	Población vulnerable sin cobertura Exclusión	Insatisfacción y escasa confianza en el programa
Existencialismo Racionalidad paternalista de la poblacional	Cultura de la dependencia	
Ausencia de procesos Alta rotación del personal	Dificultades al procesar la información	Ineficiencia de la herramienta

Escaso personal		
Equipos obsoletos	Incertidumbre en el tiempo del proceso	
Deficiencia del equipo tecnológico		
Ineficiencia administrativa		
Eficiencia de la cobertura		
Fortalecer la legitimidad	Población vulnerable con cobertura	Satisfacción y confianza en el programa
Liberación de cupos en los diferentes niveles	Inclusión	
Empoderamiento	Cultura de la independencia	Eficiencia de la herramienta
Corresponsabilidad de la población		
Procesos de capacitación	Optimización en el procesamiento de la información	Eficiencia de la herramienta
Baja rotación del personal		
Equipo de apoyo suficiente para desarrollar procesos		
Equipos óptimos software	Seguridad en el tiempo del proceso	
Eficiencia del equipo tecnológico		
Eficiencia administrativa		

2. EJE PROGRAMÁTICO PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD: Baja calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud		
Limitación en la contratación de servicios	Insuficiencia de equipos Infraestructura inadecuada	Limitación en la oferta del servicio
Politización Falta de selección objetiva del personal	Incumplimiento de tareas y procesos	Procesos deficientes e ineficaces
Falta de capacitación en el sistema dinámica gerencial	Inconsistencia en la información de cartera	Disminución de ingresos y de inversión

	Alteración de informes de gestión	
Limitaciones en el área edificable	Infraestructura insuficiente áreas laborales muy limitadas limitación en la oferta del servicio	Hacinamiento en las áreas de trabajo Limitación en la oportunidad al servicio
Calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud		
Contratación de servicios	Aumento de equipos Infraestructura local adecuada	Ampliación en la oferta
Legitimización de los procesos Selección objetiva de los procesos	Sentido de pertenencia Cumplimiento de tareas y procesos	Alta productividad
Capacitación en el sistema dinámica gerencial	Información real y oportuna de cartera	Aumento de inversión y de cartera
Adecuación del área edificable	Optimización del área construida	Oferta según demanda del servicio
3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA:		
Baja cobertura e impacto social		
Incremento de la morbi-mortalidad menores de 10 años	Cobertura solo del 97%	Disminución de la cobertura de vacunación
Desnutrición aguda, crónica y sobrepeso en la población menor de 13 años	Población en riesgo nutricional aguda 9,4%, crónica 34,3% y sobrepeso 26,9%	Bajo seguimiento de la población en riesgo nutricional
Niños menores de 5 años en riesgo de morbi-mortalidad por IRA - EDA	Madres que no lactan el tiempo mínimo 16,7%	Baja frecuencia de madres lactantes
Aumento de la morbi-mortalidad por embarazo de alto riesgo	Mujeres renuentes a la citología	Incremento de CA cuello uterino y mama
Aumento del riesgo de contraer ITS y VIH-SIDA	Población en riesgo de contraer enfermedades ITS y VIH-SIDA	Altos índices de ITS y VIH-SIDA
Aumento de los casos de violencia doméstica y abuso sexual	Casos reportados por violencia doméstica y abuso sexual 6	Altos índices de violencia doméstica y abuso sexual
Niños adolescentes con problemas de comportamiento social	Población vulnerable violentada y maltratada 30%	Alto grado de violencia y maltrato infantil
Aumento de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles	Población de alto riesgo (TBC) 11 casos	Altos costos en el tratamiento

Riesgo de transmisión de rabia	Cobertura de vacunación anti-rábica del 54%	Alto riesgo de accidentes rábicos
Aumento de la morbi-mortalidad por factores ambientales	Población en riesgo de contraer enfermedades por contaminación ambiental	Altos índices de contaminación ambiental
Discapacidades por adopción de estilos de vida inadecuados	Diferentes discapacidades 30%	Bajo nivel de adopción de estilos de vida saludables
Morbi-mortalidad por temprano consumo de cigarrillo	Inicio temprano 1,7 años	Alto consumo de cigarrillo desde edades tempranas
Morbi-mortalidad asociada a malos hábitos de mantenimiento físico	Población sedentaria con alto riesgo de morbilidad 42,6%	Baja actividad física en población objeto 13-64 años

Incremento de la cobertura e impacto social

Aumento de la morbi-mortalidad menores de 10 años	Cobertura del 97%	Aumento de la cobertura de vacunación
Disminución de la desnutrición aguda, crónica y sobrepeso en la población menor de 13 años	Disminución de los factores de riesgo nutricional	Seguimiento de la población en riesgo nutricional
Niños menores de 5 años en rcon menor riesgo de contraer por factores externos IRA - EDA	Incremento de Madres lactantes como mínimo los 6 primeros meses de nacimiento	Incremento de la frecuencia de madres lactantes
Disminución de la morbi-mortalidad por embarazo de alto riesgo	Mujeres canalizadas a la citología	Disminución de los casos de CA cuello uterino y mama por falta de dx temprano
Disminución del riesgo de contraer ITS y VIH-SIDA	Población canalizada en riesgo de contraer enfermedades ITS y VIH-SIDA	Disminución de los índices de ITS y VIH-SIDA
Disminución de los casos de violencia doméstica y abuso sexual	Minimizar los casos reportados por violencia doméstica y abuso sexual	Disminución de los índices de violencia doméstica y abuso sexual
Niños adolescentes con salud mental	Mitigación de los casos de Población vulnerable violentada y maltratada	Disminución del grado de violencia y maltrato infantil
Disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades	Canalización y detección temprana de la Población con alto	Disminución de casos por TBC

transmisibles	riesgo de (TBC)	
Disminución de Riesgo de transmisión de rabia	Incremento en la cobertura de vacunación anti-rábica	Disminución del riesgo de accidentes rábicos
Disminución de la morbi-mortalidad por factores ambientales	Detección de Población en riesgo de contraer enfermedades por contaminación ambiental	Disminución de los índices de contaminación ambiental
Disminución de discapacidades por adopción de estilos de vida inadecuados	Diferentes discapacidades	Adopción de estilos de vida saludables
Aumento de la edad de inicio de consumo de cigarrillo	Inicio de consumo mínimo a los 18 años	Bajo consumo de cigarrillo desde edades tempranas
Disminución de la Morbi-mortalidad asociada a malos hábitos de mantenimiento físico	Disminución de la Población sedentaria con alto riesgo de morbilidad	Incremento de la actividad física en población objeto 13-64 años
4.EJE PROGRAMÁTICO PROMOCIÓN SOCIAL		
Ineficiencia en los enfoques y programas		
Población vulnerada por voluntad política	Aumento de la población en situación de desplazamiento	Ineficiencia de los enfoques y programas
Deficiencia en el fortalecimiento intersectorial	Alto índice de violación de derechos de la población en situación de desplazamiento	
Eficiencia en los enfoques y programas		
Menor población vulnerada por voluntad política	Disminución de la población en situación de desplazamiento	Eficiencia en los enfoques y programas
Eficiencia en el fortalecimiento intersectorial	Bajo índice de violación de derechos de la población en situación de desplazamiento	
Deficiencia en la ejecución de programas para personas en condición de discapacidad		
Baja gestión institucional y recursos económicos	Bajo conocimiento de la política pública para personas con discapacidad Baja capacitación de docentes de apoyo en atención educativa a personas con discapacidad	Altos índices de deserción escolar
	Bajo personal capacitado en el área de recreación y terapias Poca dotación de equipo y	Población discapacitada en condiciones de desprotección y acrecentamiento de las

	materiales para el manejo del programa para realizar actividades	discapacidades
Bajo conocimiento y aplicabilidad de la norma de accesibilidad (eliminación de barreras arquitectónicas)	Ausencia de escenarios deportivos acondicionados para personas con discapacidad Ausencia de vías de acceso	
Falta de sensibilidad de la comunidad hacia las personas con discapacidad	Baja asociatividad de personas con discapacidad	Baja participación laboral
Eficiencia en la ejecución de programas para personas en condición de discapacidad		
Gestión institucional y recursos económicos	Conocimiento de la política pública para personas con discapacidad Capacitación de docentes de apoyo en atención educativa a personas con discapacidad	Bajos índices de deserción escolar
	Personal capacitado en el área de recreación y terapias Dotación de equipo y materiales para el manejo del programa para realizar actividades	Población discapacitada en condiciones de protección y mitigación de las discapacidades
Conocimiento y aplicabilidad de la norma de accesibilidad (eliminación de barreras arquitectónicas)	Escenarios deportivos acondicionados para personas con discapacidad vías de acceso	
Sensibilización de la comunidad hacia las personas con discapacidad	Asociatividad de personas con discapacidad	Participación laboral
Deficiencia de programas para adulto mayor		
Poca gestión institucional	Baja gestión del gobierno departamental para programas de adulto mayor Inexistencia de dx situacional del programa Ausencia de personal capacitado para ejecución de programas	Baja calidad de los programas

Poco recurso económico	<p>Poca dotación de equipo y materiales párale manejo del programa y para realizar actividades</p> <p>Inexistencia de escenarios en campo cerrado para el desarrollo de actividades</p> <p>Falta de mecanismos para desplazamiento</p>	Pocos programas para la utilización del tiempo libre del adulto mayor
Poca participación social	Baja concientización de personas jóvenes y adultas con respecto al proceso de envejecimiento	Subvaloración del adulto mayor por disminución de capacidades físicas, sin tener en cuenta su cultura intelectual
	Baja cobertura de adultos mayores en el SGSSS	Baja calidad de vida de los adultos mayores
Eficiencia de programas para adulto mayor		
Gestión institucional	<p>Gestión del gobierno departamental para programas de adulto mayor</p> <p>Elaboración de dx situacional del programa</p> <p>Personal capacitado para ejecución de programas</p>	Calidad de los programas
Consecución de recurso económico	<p>Dotación de equipo y materiales párale manejo del programa y para realizar actividades</p> <p>Escenarios en campo cerrado para el desarrollo de actividades</p> <p>Mecanismos para desplazamiento</p>	Programas para la utilización del tiempo libre del adulto mayor
Participación social	Concientización de personas jóvenes y adultas con respecto al proceso de envejecimiento	Valoración del adulto mayor
	Cobertura de adultos mayores en el SGSSS	Calidad de vida de los adultos mayores
5. EJE PROGRAMÁTICO PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Inexistencia de un programa de salud ocupacional y riesgos		

profesionales		
Ausencia de un programa de vigilancia en el municipio	Desprotección de los trabajadores informales Ausencia de dx y censo de trabajadores informales	Incremento de las discapacidades ocupacionales
Bajo personal capacitado	Personal insuficiente	Pocas acciones
Desconocimiento de la norma	Poca transversalización con el departamento,	Poco apoyo en acciones
Elaboración de un programa de salud ocupacional y riesgos profesionales		
Elaboración e implementación de un programa de vigilancia en el municipio	Protección de los trabajadores informales Dx y censo de trabajadores informales	Disminución de las discapacidades ocupacionales
Personal capacitado	Personal suficiente	Acciones
Capacitación de la norma	Transversalización y apoyo con el departamento	Apoyo en acciones
6. EJE PROGRAMÁTICO EMERGENCIAS Y DESASTRES		
Aumento de la vulnerabilidad frente al riesgo		
Alto número de viviendas en zona de alto riesgo	Pérdidas de vidas humanas	Incremento de la morbi-mortalidad
Contaminación de las quebradas aledañas al sector urbano	Problemas ambientales y patologías	
Falta de recursos financieros	Ausencia de proyectos para mitigar impacto	Vulnerabilidad en la atención de emergencias
Deficiencia en las políticas de prevención y prevención de desastres	Poca cultura comunitaria frente a la prevención de desastres	Vulnerabilidad en las instituciones
Falta de continuidad en los procesos relativos a la gestión del riesgo intersectorial	Dificultad en la atención de eventos	Se pierde la articulación generando poca optimización de los recursos
Reducción de la vulnerabilidad frente al riesgo		
Mayor atención al número de viviendas en zona de alto riesgo	Disminuir el riesgo de pérdida de vidas humanas	Disminución de la morbi-mortalidad
Educación y planes de acción para	Mitigar los Problemas	

disminuir la contaminación de las quebradas aledañas al sector urbano	ambientales y patologías	
Consecución de recursos financieros	Implementar proyectos para mitigar impacto	Disminuir la vulnerabilidad en la atención de emergencias
Crear políticas de prevención y prevención de desastres	Generar cultura comunitaria frente a la prevención de desastres	Disminuir la vulnerabilidad en las instituciones
Continuidad en los procesos relativos a la gestión del riesgo	Mitigar la dificultad en la atención de eventos	Articulación intersectorial para optimizar los recursos

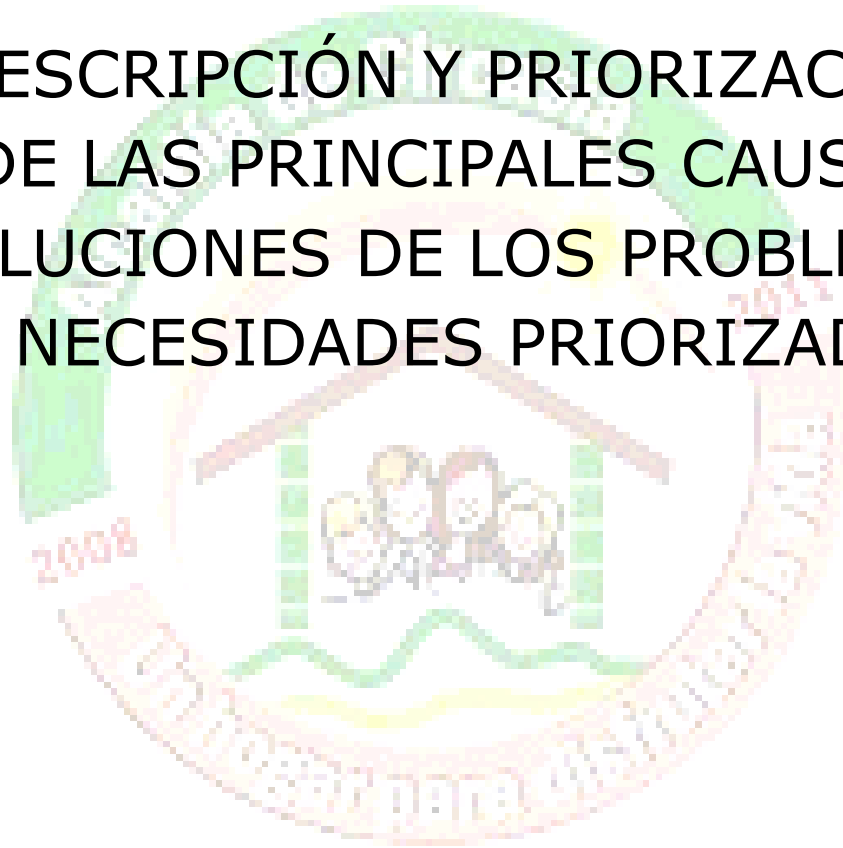




RESPONSABLES DE LOS EJES
PROGRAMÁTICOS Y ÁREAS
SUBPROGRAMÁTICAS



DESCRIPCIÓN Y PRIORIZACIÓN
DE LAS PRINCIPALES CAUSAS
SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS
Y NECESIDADES PRIORIZADAS

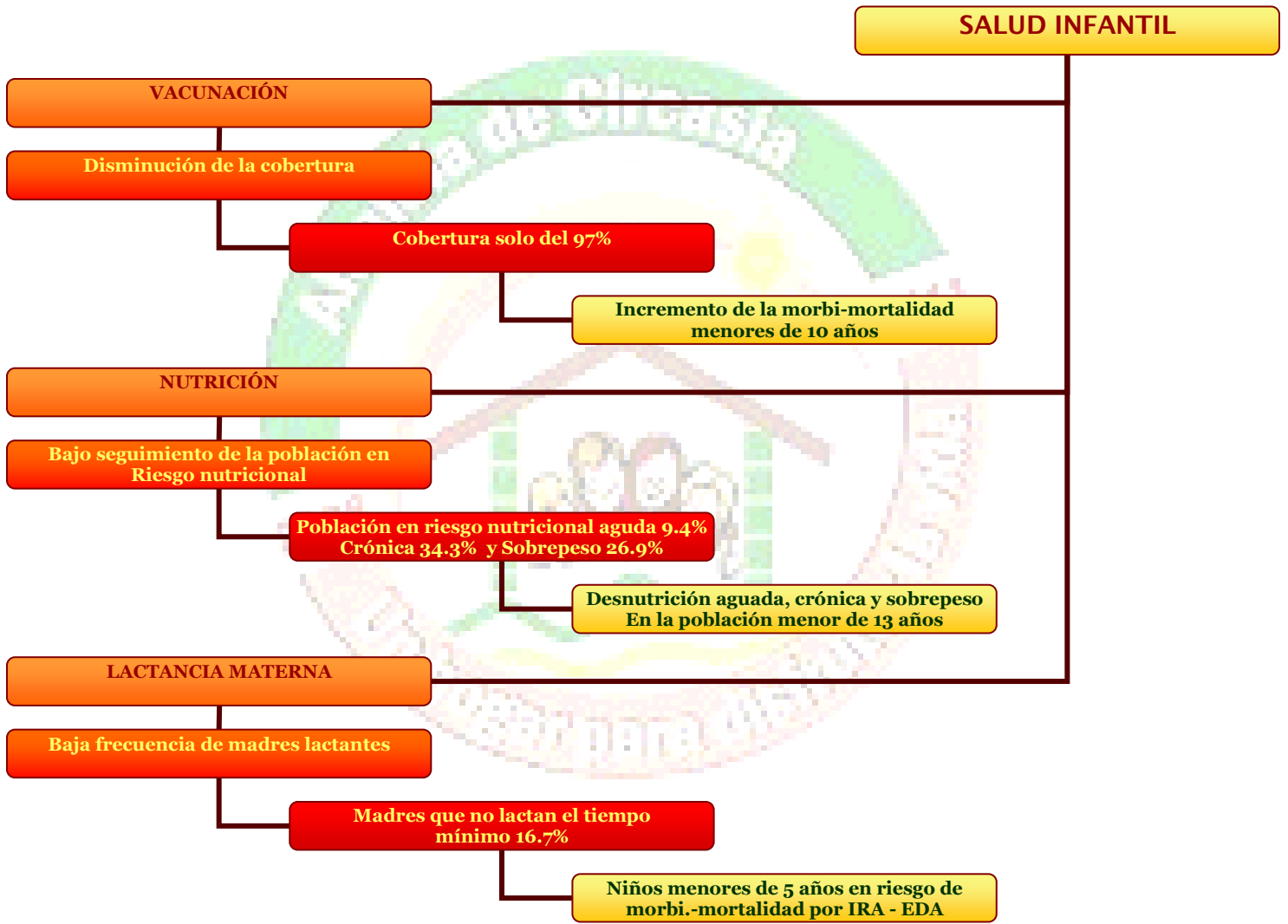


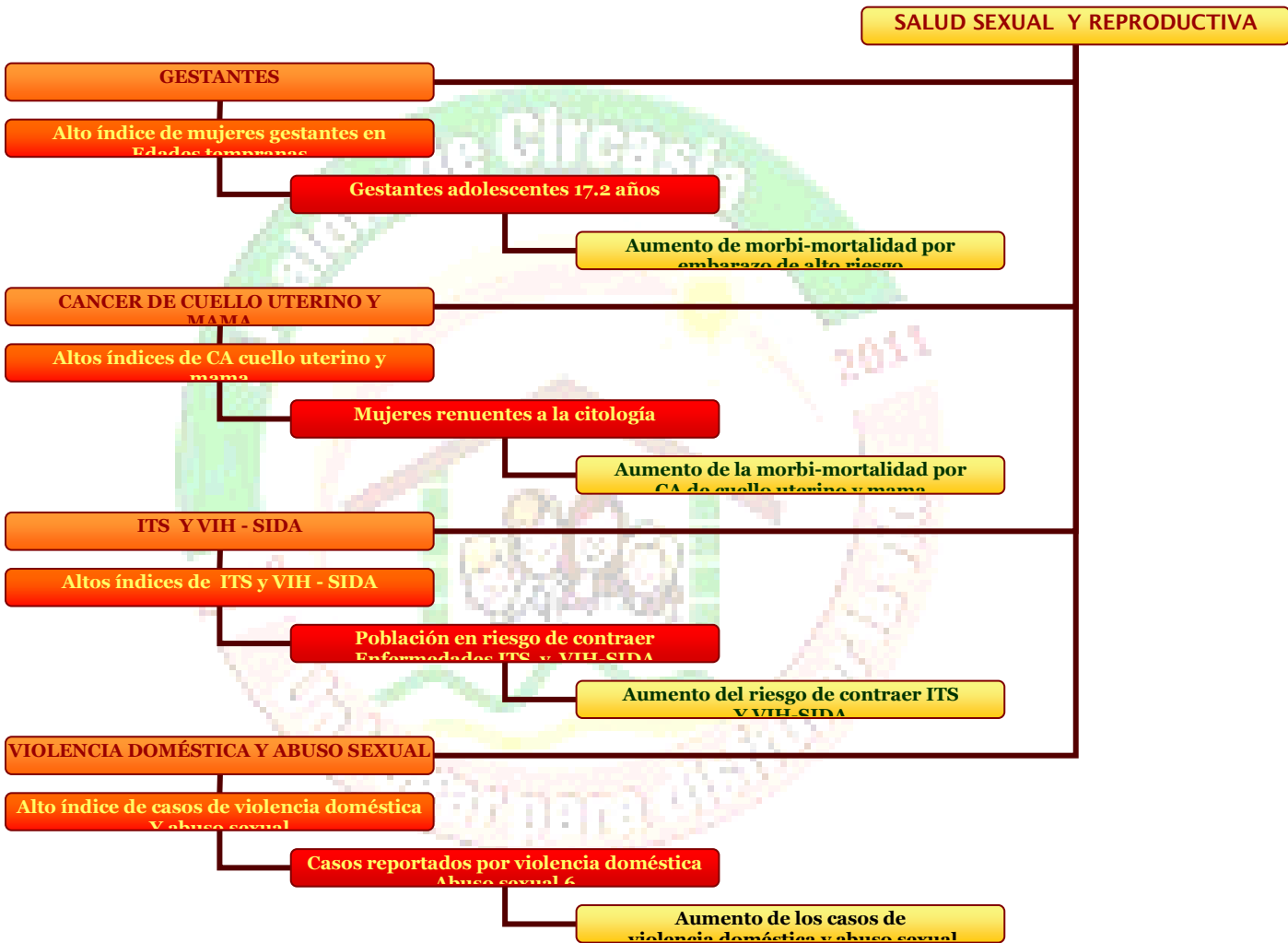


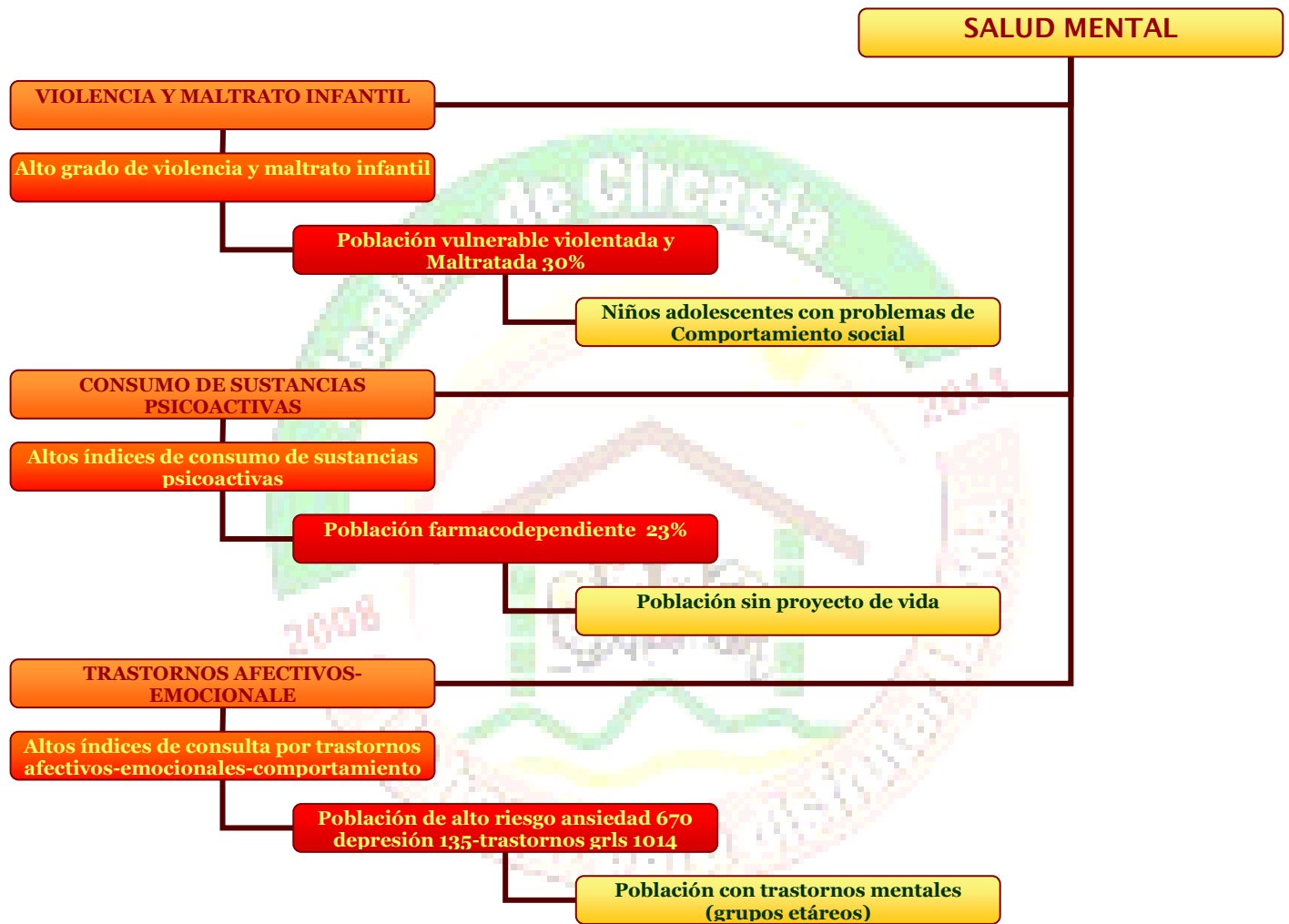
ARBOL DE PROBLEMAS RECURSOS

HUMANO	TECNOLÓGICO	ECONÓMICO	SOCIAL	INFORMATIVO
<ul style="list-style-type: none"> •Personal insuficiente para desarrollar las actividades •Deficiente actualización en protocolos y normatividad •Deficiencia en personal idóneo para desarrollar las actividades 	<ul style="list-style-type: none"> •Nulidad en la red de internet para notificación <p style="text-align: center;">PAISOF, SIVIF, SIVIGILA, SISVAN, SANEAMIENTO BÁSICO Y ZONOSIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> •No disponibilidad presupuestal para <ul style="list-style-type: none"> -Transporte -Insumos -Material didáctico -Papelería -Contratación talento humano -Capacitación -Apoyo logístico -Dotación de equipos 	<ul style="list-style-type: none"> •Asistencialismo •Falta de Empoderamiento •Fragmentación de la información •Falta de compromiso ciudadano 	<ul style="list-style-type: none"> •Deficiencia en <ul style="list-style-type: none"> -Dx en salud mental -Perfil epidemiológico de 2007 -Dx de saneamiento básico y zoonosis - Dx de la población general

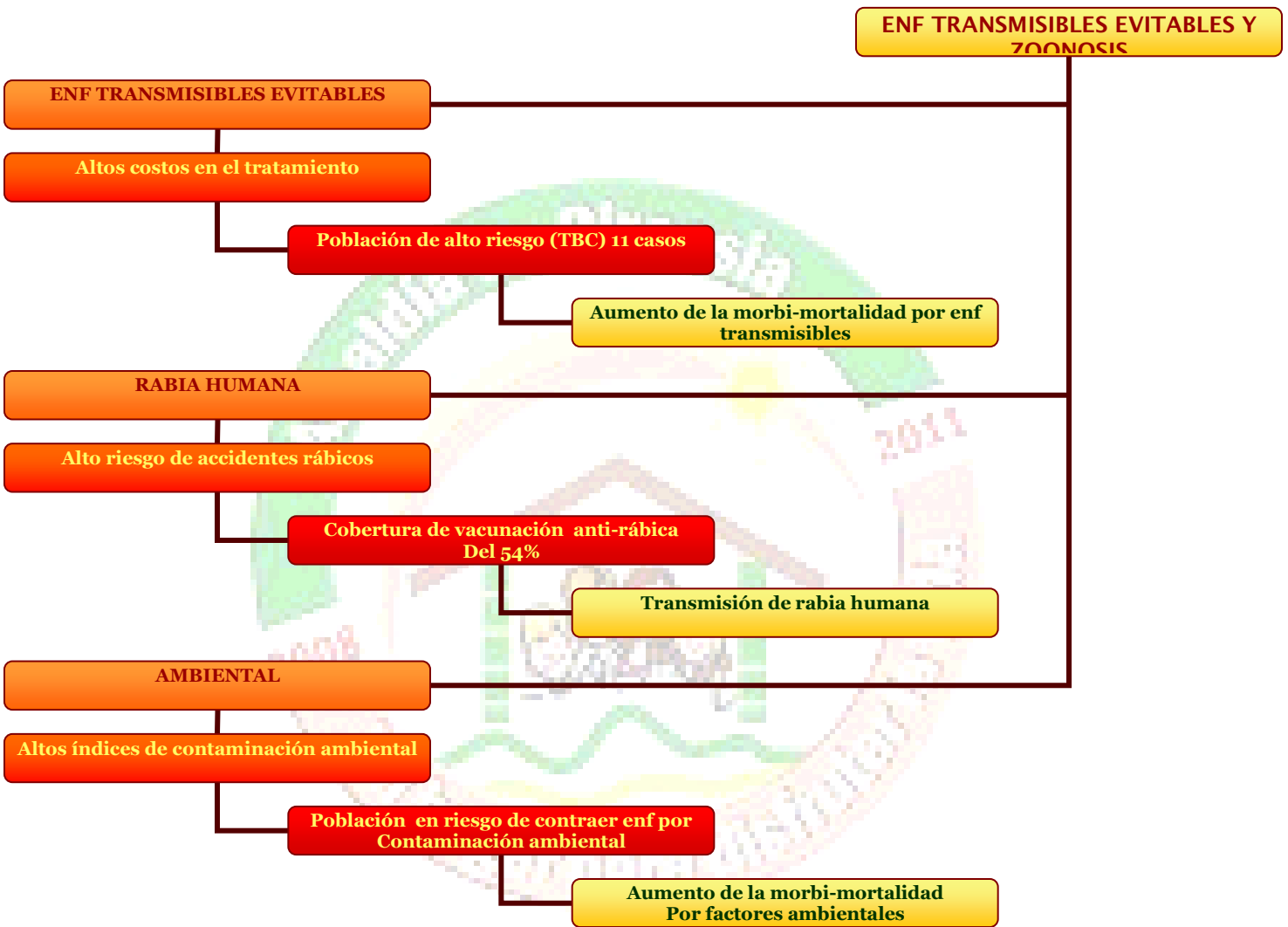
LA DEFICIENCIA EN COBERTURAS E IMPACTO SOCIAL

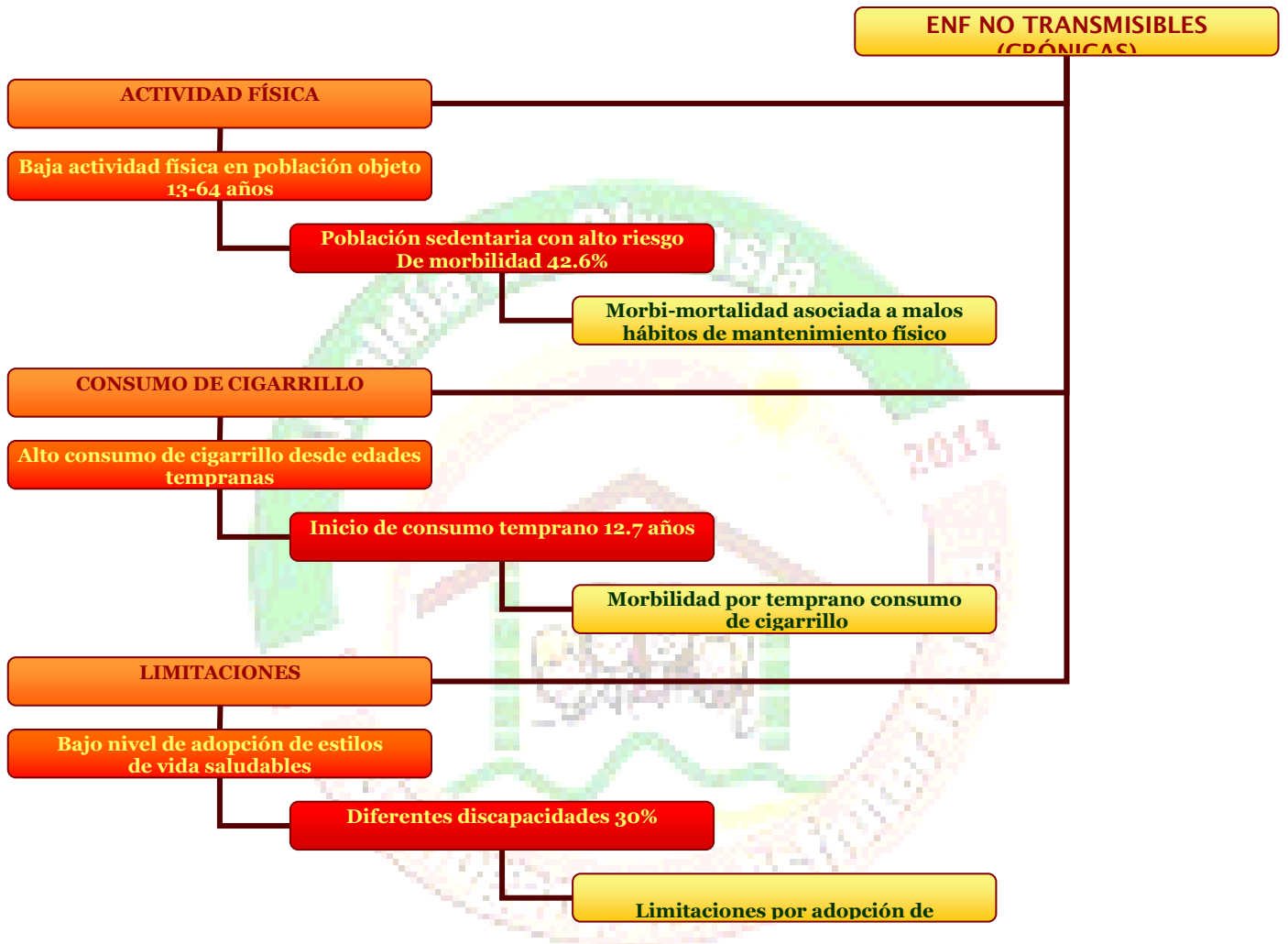












PLAN DE SALUD TERRITORIAL

“CIRCASIA, UN HOGAR CON BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA”

PATRICIA MORA OCAMPO

ALCALDESA MUNICIPAL

CIRCASIA

2008-2011

**ACUERDO NO. 027
DE AGOSTO 30 DE 2008**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA
EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008-2011,
CIRCASIA, UN HOGAR CON BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA”.**

El Honorable Concejo Municipal de Circasia Quindío, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el Artículo 313 de la Constitución Política, la Ley 136 de 1994 y la Ley 152 de 1994.

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO: Adóptese el DIAGNOSTICO SITUACIONAL, ANÁLISIS DE NECESIDADES PRIORIZADAS, VISIÓN MISIÓN, OBJETIVO GENERAL, META GENERAL, PLAN ESTRATEGICO, PLAN FINANCIERO Y PLURIANUAL, correspondientes al Plan de Salud Territorial 2008-2011, Circasia, un hogar con bienestar y calidad de vida.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

El Plan de Salud territorial del Municipio de Circasia, es una dependencia adscrita a la Secretaria de Planeación, cuenta con una Coordinadora, 4 promotoras de Salud, 1 Auxiliar de Vacunación, 1 Auxiliar de Vigilancia Epidemiológica y 1 psicóloga. Las responsabilidades de las acciones están coordinadas desde la transversalidad por lo que cada una de las personas pertenecientes a la dependencia se movilizan en los programas y

subprogramas de acuerdo a la necesidad, conocimiento y experiencia de las temáticas relacionadas en las políticas Nacionales.

El lema del trabajo extramural, muestra la intención de llegar a la comunidad directamente buscando estrategias impactantes para lograr cambios en las dinámicas sociales que dificultan la apropiación de la responsabilidad de cada uno en cuanto a la calidad de vida y la Salud.

El P.S.T se plantea un trabajo desde la corresponsabilidad, por ello participa en la mayoría de los subcomités del municipio, además de plantear la necesidad de coordinar acciones con las diferentes fuerzas vivas para el aprovechamiento del recurso humano.

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 2.

CONTEXTO GEOGRAFICO



la Cruz, Bajos de la Cruz, Rincón Santo, San José, La Paz, Las Mercedes, La Pilastra, El Bosque, Pedro Pablo Bello, Santa Helena, Villa Aleida, La Pista, Camilo Torres, Villa Nohemí, Fundadores, La Milagrosa, Adeco, Mirador, Camilo Duque, Ciudad Libre, Cooperativo, Medio Ambiente, La Española, Isidoro Henao, Alto Bonito, Villa Italia 1 etapa, Villa Italia 2 etapa, Villa Leonística, Villa Diana, La Esmeralda.

En la zona rural está dividida en 23 veredas: Barcelona Alta, Barcelona Baja, Buena Vista, La Concha, La Cabaña, La Julia, La Cristalina, La Pradera, Llanadas, La Pola, La Siria, El Congal, El Roble, Pinares, Piamonte, Hojas Anchas, Naranjal Alto, Naranjal Bajo, Santa Rita, Villarazo, Membrillal, San Antonio, Riobamba.

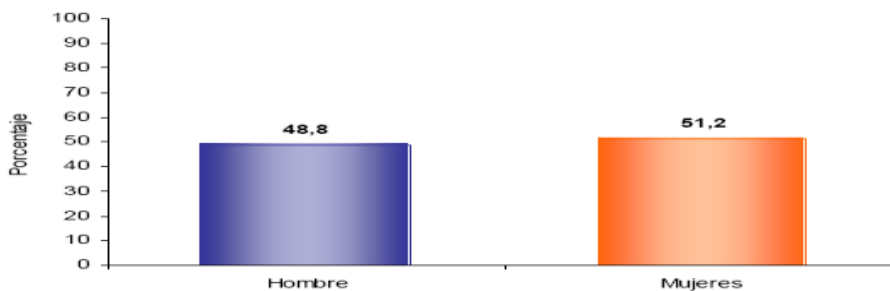
POBLACIÓN POR ÁREAS – GRUPOS ETÁREOS - GÉNERO

Según los últimos datos arrojados en el censo 2005 por el DANE, en el municipio la población total es de 26.705 distribuidos de la siguiente manera:

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 4.

Cabecera Municipal, 19.543 habitantes y en el resto 7.162. Según el sexo tenemos que 13.047 de los habitantes son hombres y que 13.658 son mujeres.

Población de acuerdo al sexo



Fuente DANE

La Razón Hombre/Mujer es de 1:1.05. Por cada hombre hay 1.05 mujeres en el municipio.

Las cifras que se manejan en el Hospital San Vicente de Paúl muestran una diferencia de casi 2000 habitantes, la distribución por los diferentes grupos de edad se observan en el cuadro a continuación.

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Menor de 1 año	531	273	258
1 – 4 años	2.097	1.068	1.029
5 – 9 años	2.712	1.389	1.323
10 – 14 años	2.800	1.440	1.360
15 – 19 años	2675	1.373	1.302
20 – 24 años	2.380	1.215	1.165
25 -29 años	2.113	1.058	1.055
30 – 34 años	2.094	1.047	1.047
35 -39 años	2.155	1.042	1.113

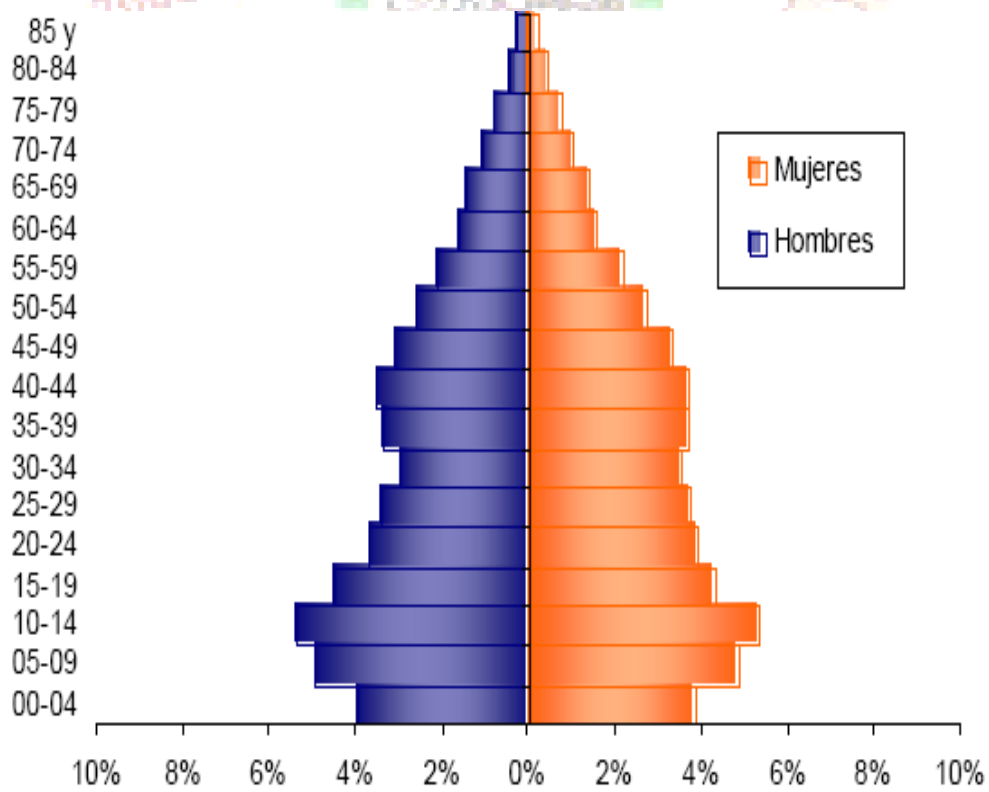
Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 5.

40 – 44 años	2.049	997	1.052
45 – 49 años	1.769	859	910
50 – 54 años	1.438	697	741

55 -59 años	1.081	527	554
60 – 64 años	795	387	408
65 – 69 años	615	293	322
70 – 74 años	461	218	243
75 y más años	587	271	316
TOTAL	28.353	14.154	14.198

FUENTE: HSVP CIRCASIA

PIRAMIDE POBLACIONAL



Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 6.

FUENTE: DANE

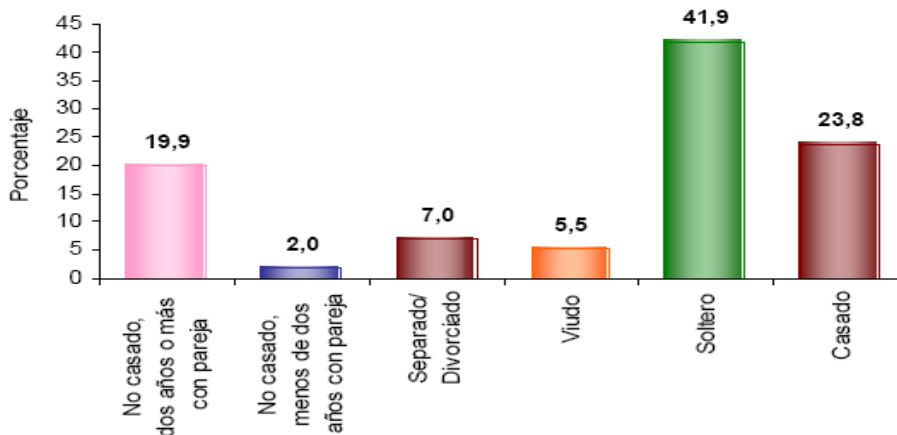
Según la distribución de la población del municipio en la pirámide se evidencia un crecimiento similar entre los hombres y las mujeres, la mayor porción es de personas que se encuentran entre los 10 y 14 años de edad lo que significa que la población en su mayoría es adolescente, por el decremento en la parte superior observamos que la mayoría de los habitantes son jóvenes, además de encontrarse un estrechamiento en la porción inferior que muestra disminución de las tasas de natalidad en la población.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CIRCASIA
1999-2007 (Proyección)

	1999	2001	2004	2007
Población Rural	8135	8358	8670	9134
Población Urbana	17629	18449	19683	20930

	25764	26807	28353	30.064
Total				

Estado Civil



FUENTE DANE 2008

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 7.

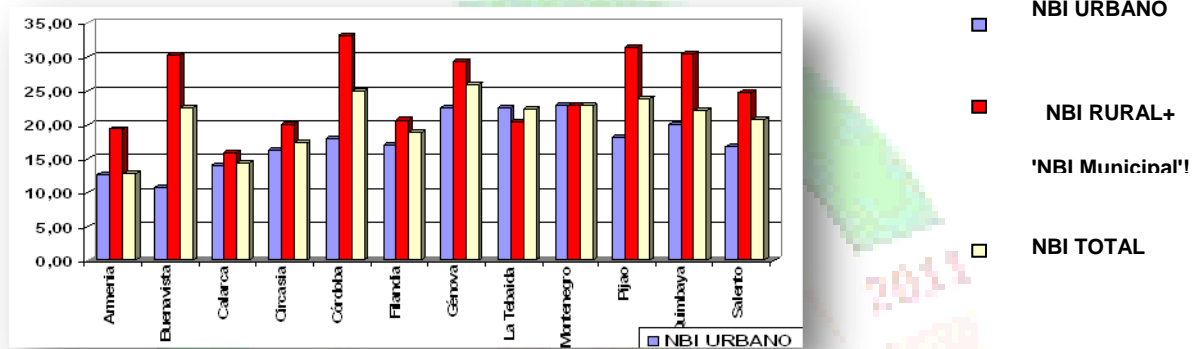
La mayor proporción (41.9%) de los habitantes de Circasia son solteros, seguido de los habitantes que tienen como estado civil casados (23.8%).

POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

En aproximación a los niveles de pobreza en Circasia derivada del análisis del NBI, de acuerdo con la encuesta SISBEN el 36.30% de la población del municipio corresponde al nivel uno y el 56.75% al nivel dos frente al 39.82 y 46.77%, respectivamente, para el departamento del Quindío. Con lo cual más del 90% de la población local está clasificada en las categorías más bajas del sistema de identificación de beneficiarios para programas sociales, lo que en el contexto rural se verifica con la estratificación de vivienda realizada en 2004-2005 de acuerdo con la metodología del DNP, que clasifica en los niveles Bajo-Bajo y Bajo al 63% y 18.1%, respectivamente, con lo cual nuevamente bajo este parámetro, se tiene que más del 81% de los hogares de la zona rural habitan viviendas clasificadas en los más bajos niveles de la estratificación rural.

NIVELES DE NBI EN EL QUINDIO POR MUNICIPIO

Año 2005



Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 8.

ACTIVIDADES ECONÓMICAS

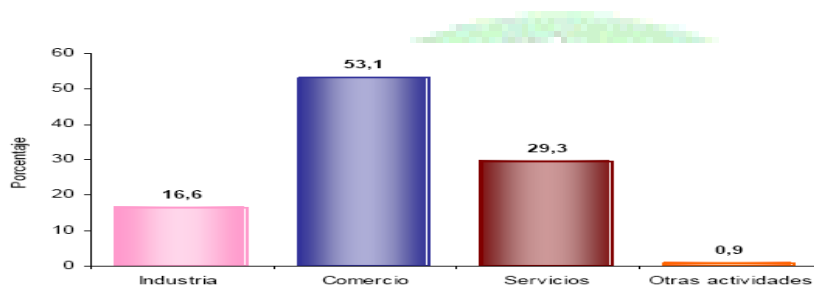
Hogares con algún tipo de actividad económica



Fuente DANE

Una proporción menor de habitantes del municipio de Circasia tiene alguna actividad económica en sus hogares, la mayoría de las personas que tienen alguna actividad económica la ejercen en la capital del departamento, gracias a la mayor oferta de empleos y al acceso que permite desplazamientos rápidos y seguros.

Establecimientos según el tipo de actividad

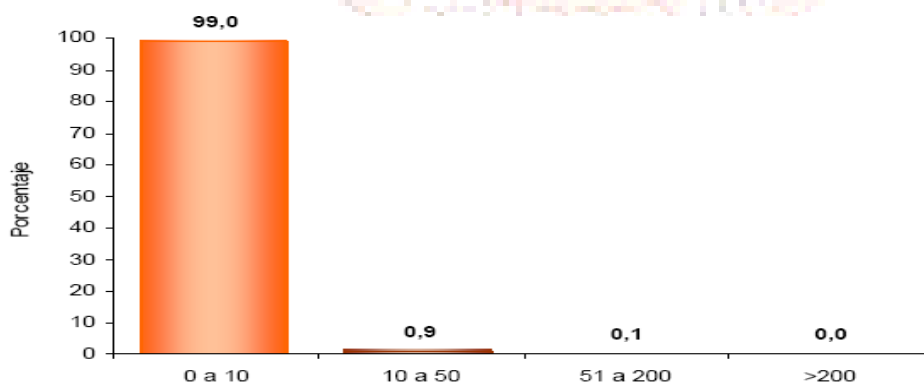


Fuente DANE

La actividad más desarrollada dentro del municipio es el comercio, 53.1% de los establecimientos de Circasia se dedica a esta actividad

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 9.

Establecimientos según el número de personas ocupadas



Fuente DANE

El 99.0% de los establecimientos emplea menos de 10 personas, solamente un 0.9 % de los establecimientos da empleo de 10 a 50 personas

ESTRUCTURA PRODUCTIVA

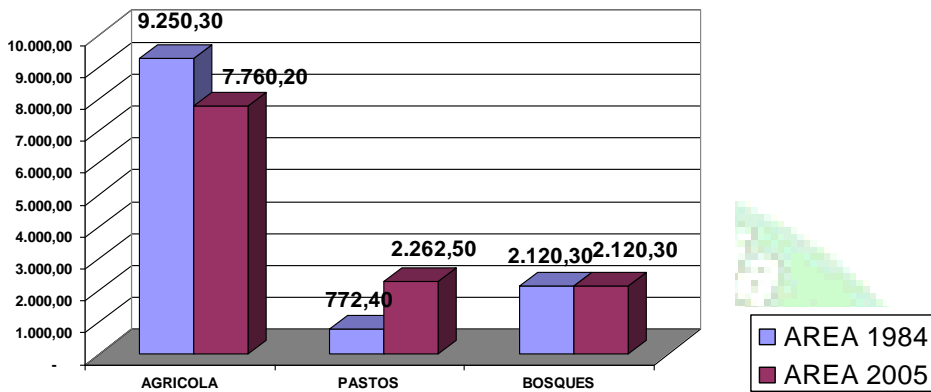
De manera análoga al departamento en el cual la vocación agropecuaria es evidente, el municipio de Circasia presenta una importante concentración de su estructura productiva en las actividades agrícola y pecuaria.

No obstante, como consecuencia del agotamiento del modelo productivo apoyado en el monocultivo del café y la escasa diversificación de la base productiva, durante los años recientes ha operado un proceso de sustitución de recursos, es decir, no solamente áreas de cultivo (tierra), sino también recursos de inversión. En el primer caso, el área cultivada en café presenta una evidente contracción, en el agregado departamental el descenso en el área cafetera es del orden del 30% al pasar de 66.743 Has. En el año 1984 a 46.501 en 2006; para el mismo período, el municipio de Circasia redujo su área en café en un porcentaje similar, equivalente a poco más de 1.600 hectáreas (de

[Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 10](#)

5.487 Has. a 3.878,7). En ambos casos, se ha cedido a favor de otros renglones agrícolas como el plátano independiente y el aumento de áreas destinadas a pastos, fenómeno que algunos analistas han denominado como de "potrerización" del agro

DISTRIBUCIÓN DEL AREA DEL MUNICIPIO DE CIRCASIA POR UTILIZACIÓN DEL SUELO - Años 1984 y 2005



La evolución del área en pastos en el Departamento del Quindío, advierte un proceso continuo de aumento, al pasar de 61.830,8 Has. en el año 1.996 hasta alcanzar las 64.454 en 2003, año a partir del cual empieza a descender hasta ubicarse alrededor de las 61.200 hectáreas en 2006; no obstante, no parece adecuado afirmar que la mayor fragmentación de la propiedad rural en el departamento y en Circasia en particular esté obedeciendo a un proceso de potrerización -por lo menos durante el último decenio-, pues en este último caso, las áreas destinadas a pastos superan las 3.000 Has., operando un interesante aumento de la productividad en este renglón, dado que al comparar el número de animales este aumentó en un 29%.

TASA DE DESEMPLEO

Aunque para Circasia no hay información de este tipo, muy probablemente la problemática laboral sea aún más compleja, toda vez

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 11

que a diferencia de la ciudad capital, no cuenta con un mercado local lo suficientemente amplio como para soportar algunas de las actividades informales, el tradicional "rebusque", que de alguna manera sirven a manera de "colchón" para soportar el flagelo del desempleo. No obstante, con la información disponible del Censo de población de 2005 se calculó la tasa de

desempleo (TD) en 22,4%, lo que la ubica en tres puntos básicos sobre el promedio departamental, cifras ambas que reflejan la magnitud de una problemática social de grandes proporciones, como quiera que el aparato productivo es claramente incapaz de soportar las demandas actuales y no se advierte por lo pronto una tendencia en sentido contrario, lo cual plantea un serio reto a las autoridades locales y seccionales en la búsqueda de alternativas viables que permitan dinamizar la actividad productiva con la generación de empleo e ingresos para la población.

ASPECTOS DE INFRAESTRUCTURA

En cuanto a la infraestructura el Plan Territorial de Salud está ubicada en una casa cerca a la Alcaldía Municipal, comparte espacios con las oficinas del Régimen subsidiado, Sisben y Asuntos Sociales (Familias en acción y adulto mayor). Esta ubicación busca acortar distancias a los usuarios y mejorar los canales de comunicación entre las dependencias que trabajan aspectos en común y que coordinadamente prestan un servicio con mayor eficiencia.

La ESE Hospital San Vicente de Paúl, actualmente cuenta con una infraestructura que no es suficiente para el flujo de usuarios que maneja el Municipio. El Hospital tiene en su primer piso urgencias, hospitalización, consulta externa y en el segundo piso se encuentran las oficinas administrativas.

El servicio y la atención a los usuarios encuentran barreras debido a la insuficiencia de los espacios para lo cual se ha decidido ampliar los horarios de consultas externas de 5:00 PM a 9:00 PM.

DIAGNÓSTICO SITUACIÓN DE SALUD

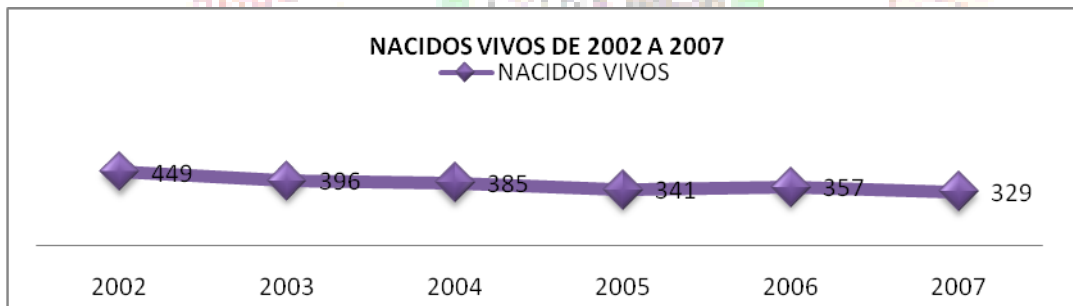
Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 12

NACIDOS VIVOS, CIRCASIA. 2007

Nacidos Vivos según sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	170	51.7%
FEMENINO	159	48.3%
Total	329	100.0%

La proporción de nacidos vivos masculino y femenino se mantiene muy cercana.



NACIDOS VIVOS. CIRCASIA. ENERO A OCTUBRE DE 2007

NACIDOS VIVOS DE ACUERDO AL MUNICIPIO DE NACIMIENTO

MUNICIPIO DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
ARMENIA	168	53.7%	53.7%
BUENAVISTA	1	0.3%	54.0%
CALARCÁ	18	5.8%	59.7%

CIRCASIA	123	39.3%	99.0%
MONTENEGRO	2	0.6%	99.7%
QUIMBAYA	1	0.3%	100.0%
TOTAL	313	100.0%	100.0%

Se puede observar que probablemente se mantiene la proporción casi similar del número de nacidos vivos del municipio entre el año 2006 y

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 13

2007, también se observa que más de un 50% de las gestantes son atendidas en el momento del parto en instituciones de la ciudad de Armenia.

Nacidos vivos por zona de residencia

ZONA DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona Urbana	244	78.0%
Zona Rural	67	22.0%
Total	313	100.0%

Continúa observándose la proporción de nacimientos de acuerdo a la tasa poblacional.

Controles Prenatales

Controles Prenatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	5	1.6%	1.6%
1	6	1.9%	3.5%
2	19	6.1%	12.2%
3	20	6.4%	18.6%
4	24	7.7%	26.4%

Más de 5 CP	237	76.3%	100.0%
Total	311	100.0%	100.0%

Un 26.4% de las gestantes tienen menos de 4 controles prenatales, lo que indica algunos riesgos para ellas. Similar comportamiento se observa el año inmediatamente anterior, lo que indica la importancia de continuar canalizando a las gestantes desde diferentes instituciones para que asistan a los controles, además de promover las buenas prácticas para prevenir riesgos durante la gestación.

MORTALIDAD, CIRCASIA 2006

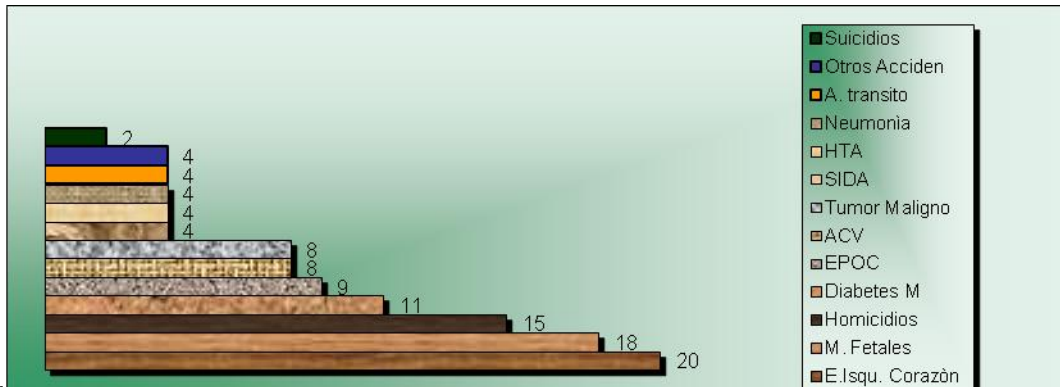
Mortalidad por sexo y grupos de edad. Circasia 2006

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 14

GRUPOS DE EDAD	DE HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL
MENOR DE 1 A	2				2
1 A 4			2		2
5 A 14	1		1		2
15 A 44	14		7		21
45 A 59	16		7		23
60 Y MÁS	47		43		90
Total	80		60		140

Fuente: ISQQ

En los grupos de edad económicamente activa y sexualmente reproductiva se observa una proporción más alta de mortalidad en hombres, siendo la primera causa los hechos violentos y accidentes de tránsito.



ISQQ HSVP Circasia

Fuente:

8 muertes tuvieron como causa principal tumores malignos de los cuales 3 fueron por Ca de hígado y 5 Ca de vías respiratorias. Al analizar la mortalidad se observó que además 15 tuvieron como causa secundaria diferentes tumores malignos, el Ca de estómago (4 casos), Ca de útero (2 casos), lo cual hace replantear y reforzar las medidas

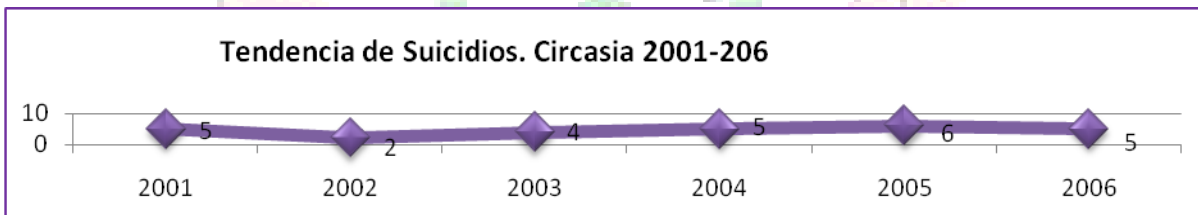
Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 15

preventivas para disminuir la morbilidad y mortalidad por tumores malignos.

Mortalidad por zona de ocurrencia. Circasia. 2006

Fuente: ISQQ HSVP Circasia

ZONA	Frecuencia	Porcentaje
CAB. MPAL	127	90.7.0%
C. POBLADO	1	0.7%
RURAL DISPERSO	12	8.6%
Total	140	100.0%



Fuente ISQQ

De acuerdo a la gráfica anterior la tendencia de suicidios en los últimos 5 años, muestra dos cambios importantes, en el año 2.002 hubo un descenso de casos, para ir subiendo paulatinamente hasta el año 2005 en el cual se muestra un incremento importante de casos.

Muertes de acuerdo al sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	82	54.7%
FEMENINO	56	37.3%
INDETERMINADO	12	8.0%

Total	150	100.0%
-------	-----	--------

Fuente, Sivigila, Estadísticas vitales HSVP , ISQQ

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 16

De acuerdo al sexo, el mayor número de muertes lo aporta el sexo masculino, 82 (54.7%)

Muerte por causa externa por grupos de edad y sitio de ocurrencia

EDAD1	SUICIDIO	HOMICIDIO	A.TRANSITO	OTROS	TOTAL
>0 - 10	0	0	0	2	2
>10 - 20	2	4	0	0	6
>20 - 30	0	4	0	0	4
>30 - 40	0	3	1	0	4
>40 - 50	0	2	0	0	2
>50 - 60	0	2	0	1	3
>60 - 70	0	1	0	1	2
>70 - 80	0	0	1	0	1
>80 - 90	0	0	1	0	1

TOTAL	2	16	3	4	25
-------	---	----	---	---	----

MORTALIDAD, CIRCASIA.2007

Cinco Primeras causa de mortalidad Circasia

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Cáncer	27	16.4%
Muerte Violenta	26	15.8%
IAM	20	12.1%
Muerte Fetal	17	10.3%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 17

EPOC	12	7.2%
Total resto de causas	63	38.2%
Total	165	100%

Fuente: estadísticas vitales ISSQ

Muertes Violentas

CAUSA MUERTE VIOLENTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Arma Cortante	1	3.8%
Arma contundente	1	3.8%
Arma de Fuego	17	65.4%
Accidentes de tránsito	3	11.5%
Suicidio con arma de fuego	1	3.8%
Suicidio por	3	11.5%

ahorcamiento		
Total	26	100%

Fuente: estadísticas vitales IISQ y HSVP

De las 26 muertes violentas ocurridas durante el año 2007, 30.8% fueron de menores de 20 años, 11 en menores de 40 años y 7 en mayores de 40 años. 88.5% de estas muerte ocurrieron en menores de 50 años lo que implica un alto número de daños de vida perdidos por presentarse en la porción de la población económicamente activos y sexualmente reproductivos. 4 de estas muertes violentas fueron por suicidio, 3 de las mismas por ahorcamiento y 1 con arma de fuego.

Mortalidad por cáncer

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ca de cerebro	1	3.7%
Ca de colon	2	7.4%
Ca de Encéfalo	1	3.7%
Ca de estómago	4	14.8%
Ca de Hígado	2	7.4%
Ca de Huesos	1	3.7%
Ca de mama	3	11.1%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 18

Ca de N.E	1	3.7%
Ca de ovario	1	3.7%

Ca de páncreas	1	3.7%
Ca de pelvis	1	3.7%
Ca de próstata	4	14.8%
Ca de Pulmón	2	3.7%
Ca de Riñón	1	3.7%
Ca de Útero	1	3.7%
Ca de vejiga	1	3.7%
Total	27	100%

Fuente: estadísticas vitales ISSQ y HSVP

Del total de 27 muertes por cáncer, 15 (55,6%) fueron hombres y 12 mujeres. La razón H/M fue de 1,25:1 por cada mujer que muere por cáncer, mueren 1.25 hombres por esa misma causa. Es de resaltar que el Ca de próstata y el de pulmón con 4 casos cada uno (14.85) fueron los más frecuentes, seguidos del Ca de mama con 3 casos (11.1%).

MORBILIDAD GENERAL. 10 PRIMERAS CAUSAS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CIRCASIA. 2006

10 Primeras causas de morbilidad Hombres Menores de 1 año

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	351	66.35%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	46	8.7%
Enfermedades de la Piel y Tejido subcutáneo	33	6.2%
Lesiones No fatales por causa externa	19	3.6%
Conjuntivitis Mucopurulenta	7	1.3%
Fiebre N.E	4	0.8%
Mialgias	4	0.8%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 19

Varicela	3	0.6%
Reflujo	3	0.6%
Ictericia N.E	3	0.6%
TOTAL RESTO DE CAUSAS	529	

Fuente CIE10 HSVP

La Infección Respiratoria Aguda tiene un alto porcentaje de presencia en la morbilidad de los menores de 1 año y representa un alto riesgo de muerte infantil, este indicador muestra la necesidad de prevenir las enfermedades respiratorias en los niños.

Morbilidad Hombres de 1 a 5 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	871	39.3%
Lesiones No Fatales de Causa Externa	331	14.9%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	222	10.1%
Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo	129	5.9%
Virosis	65	2.9%
Asma	64	2.9%
Dolor Abdominal	38	1.7%
Salud Mental	30	1.3%
Sistema reproductivo y Vías urinarias	26	1.2%
Conjuntivitis	17	0.8%
Resto de Causas	420	19.0%

TOTAL	2213	100.0%
--------------	-------------	---------------

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 20

Fuente CIE10 HSVP

En los niños de 1 a 5 años prevalece la IRA como causa de enfermedad principal, mostrándonos el riesgo y presentando la oportunidad para generar estrategias de manejo y de prevención.

Morbilidad Hombres 6 a 15 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales por Causa Externa	663	32.0%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	307	14.8%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	162	7.8%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	112	5.4%
Dolor Abdominal	85	4.1%
Virosis	82	3.9%
Asma	81	3.9%
Salud Mental	45	2.2%
Migraña	45	2.2%
Síndrome Articular	16	0.8%
Resto de causas	470	22.7%
TOTAL	2071	100.0%

En el caso de los niños entre 6 y 15 años las lesiones no fatales por causa externa presenta mayor frecuencia, de ésta manera se puede pensar que como característica comportamental de los niños en estas edades está la exposición a actividades rudas y con riesgo como parte de su cotidianidad. También se puede pensar en algunos accidentes generados por empujones o algún tipo de maltrato.

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 21

Morbilidad Hombres de 16 a 29 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
--------	-------	------------

Lesiones No Fatales por Causa Externa	610	27.3%
IRA	75	3.4%
Alteraciones de la Piel y el Tejido Subcutáneo	71	3.3%
Infección Viral	60	2.7%
Virosis	58	2.6%
EDA	53	2.4%
Dolor Abdominal	50	2.2%
Salud mental	46	2.1%
Epilepsia	44	2.0%
Alteraciones de Sistema Genitourinario	40	1.8%
Resto de causas	1127	50.0%
TOTAL	2234	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Hombres de 30 a 44 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales por Causa Externa	359	19.4%
IRA	122	6.6%
Gastritis	110	5.9%
EDA	68	3.7%
Alteraciones del Sistema Genitourinario	65	3.5%
Migraña	52	2.8%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 22

Dolor precordial	51	2.8%
Diabetes Mellitus	38	2.1%

Alteraciones de la visión	16	0.9%
Problemas de la Piel y Tejido Subcutáneo	10	0.5%
Resto de causas	958	51.8%
TOTAL	1849	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Hombres 45 a 60 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales por Causa Externa	423	21.8%
Hipertensión Arterial	348	17.9%
Alteraciones del Sistema Reproductivo y Vías Urinarias	73	3.8%
Gastritis	70	3.6%
Dolor Precordial	65	3.3%
Diabetes Mellitus	63	3.2%
EPOC	43	2.2%
Lumbago	37	1.9%
EDA	35	1.8%
Vértigo	28	1.4%
Resto de causas	757	39.0%
TOTAL	1942	100.0

Fuente CIE10 HSVP

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 23

Morbilidad Hombres Mayores de 60 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	758	28.8%
EPOC	277	10.4%

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
Lesiones No Fatales de Causa externa	150	5.6%
Alteraciones del Sistema Reproductivo y Vías urinarias	145	5.4%
Alteraciones de la piel y tejido Subcutáneo	116	4.3%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	109	4.1%
Gastritis	100	3.7%
Problemas Articulares	67	2.5%
Insuficiencia Cardiaca	65	2.4%
Síncope	60	2.2%
Resto de causas	815	30.5%
TOTAL	2668	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

En el caso de los hombres mayores de 60 años se encuentra la Hipertensión Arterial como primera causa que puede asociarse a otro tipo de enfermedades que deterioran la calidad de vida de las personas.

Morbilidad Mujeres menores de 1 año

EVEN TO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	315	58.2%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	50	9.2%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 24

Alteraciones De la Piel y tejido Subcutáneo	47	8.7%
Lesiones no Fatales por Causa Externa	25	4.6%

Conjuntivitis Aguda	10	1.8%
Dolor Abdominal	8	1.5%
Convulsiones	5	0.9%
Vómitos del Recién Nacido	4	0.7%
Reflujo Gastroesofagico	4	0.7%
Resto de causas	73	13.5%
TOTAL	541	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

En el caso de las mujeres menores de 1 año, continúa siendo la IRA la principal causa de morbilidad y hasta el grupo de menores de 15 años ésta es la primera causa de enfermedad del género femenino, cuando empieza la etapa de la vida sexual activa y la fecundidad se observa cambios en las principales causas de enfermedad siendo las alteraciones del sistema genitourinario quien afecta a este grupo poblacional, creando de alguna manera una alerta en cuanto al compromiso de la vida sexual y reproductiva de dichas mujeres.

Morbilidad Mujeres de 1 a 5 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	615	39.8%
Enfermedad diarreica Aguda (EDA)	201	13.0%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	172	11.1%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	113	7.3%
Virosis	56	3.6%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 25

Alteraciones del Sistema Genitourinario	54	3.5%
Asma	32	2.1%
Fiebre no especificada	19	1.2%

Dolor Abdominal	17	1.1%
Alteraciones de la Visión	10	0.6%
Resto de causas	257	16.6%
TOTAL del resto de causas	1546	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Mujeres de 6 a 15 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	341	17.8%
Lesiones no Fatales por Causa Externa	226	11.8%
Enfermedad Diarreica Aguda	165	8.6%
Dolor Abdominal	131	6.8%
Alteraciones de las Vías Genitourinarias	127	6.6%
Alteraciones de la piel y Tejido Subcutáneo	101	5.3%
Gastritis	90	4.7%
Salud mental	81	4.2%
Migraña	80	4.2%
Asma	63	3.3%
	509	26.6%
TOTAL resto de causas	1914	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 26

Morbilidad Mujeres 16 a 29 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Alteraciones Sistema Genitourinario	721	20.8
Infección Respiratoria Aguda	260	7.5%

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Migraña	250	7.2%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	233	6.7%
Gastritis	211	6.1%
Dolor Abdominal	160	4.6%
Alteraciones de la piel y tejido Subcutáneo	151	4.3%
Enfermedad Diarreica Aguda	122	3.5%
Salud Mental	102	2.9%
Alteraciones durante el embarazo	72	2.1%
Resto de causas	1188	34.2%
TOTAL	3470	100.0%

FUENTE CIE10 HSVP

Morbilidad Mujeres de 30 a 44 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Alteraciones del sistema genitourinario	580	17.5%
Migraña	270	8.1%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	208	6.3%
Gastritis	182	5.5%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	171	5.2%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	120	3.6%
Salud mental	115	3.5%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 25

Problemas Articulares	99	3.0%
Diabetes Mellitus	90	2.7%
Enfermedad Diarreica Aguda (IRA)	76	2.3%

Resto de causas	1400	42.3%
TOTAL	3311	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

Morbilidad Mujeres de 45 a 60 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	951	26.3%
Alteraciones del Sistema Genitourinario	250	6.9%
Diabetes Mellitus	227	6.3%
EPOC	175	4.8%
Problemas Articulares	144	4.0%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	142	3.9%
Gastritis	130	3.6%
Alteraciones de la Piel y Tejido Conjuntivo	117	3.2%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	90	2.5%
Salud Mental	90	2.5%
Resto de causas	1300	35.9%
TOTAL del resto de causas	3616	100.0%

Fuente CIE10 HSVP

La Hipertensión Arterial también se convierte en la primera causa de enfermedad en las mujeres mayores y aumenta su rango de edad

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 26

mostrando un inicio más rápido que deja interrogantes sobre los estilos de vida que dificultan experimentar una mejor calidad de vida.

Morbilidad Mujeres Mayores de 60 años

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
---------------	--------------	-------------------

EVENTO	CASOS	PORCENTAJE
Hipertensión Arterial	1465	37.2%
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	215	5.5%
Diabetes Mellitus	208	5.3%
EPOC	198	5.0%
Alteración de las Vías Genitourinarias	171	4.3%
Lesiones No Fatales por Causa Externa	143	3.6%
Gastritis	132	3.4%
Insuficiencia cardíaca	131	3.3%
Alteraciones de la Piel y Tejido Subcutáneo	124	3.2%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	61	1.6%
Resto de causas	1086	27.6%
TOTAL del resto de causas	3934	100.0

ANÁLISIS NUTRICIONAL. CIRCASIA. 2007

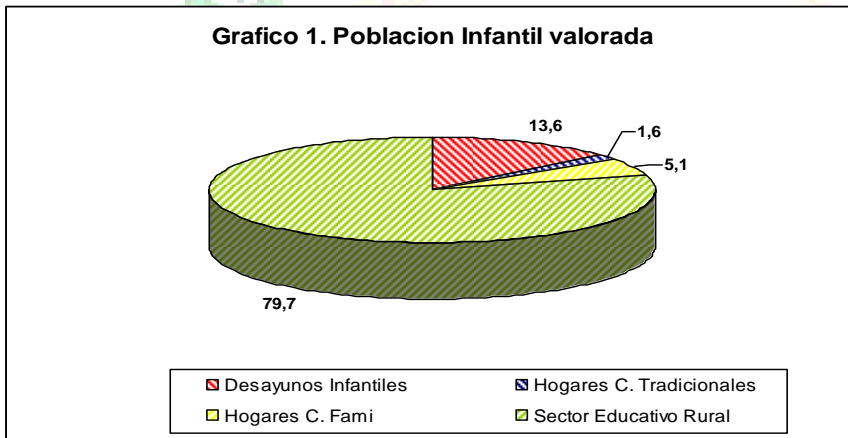
POBLACION INFANTIL VALORADA EN EL MUNICIPIO DE CIRCASIA

JULIO 2007

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 27

INSTITUCIONES y/o PROGRAMAS	NUMERO DE NIÑOS Y NIÑAS VALORADAS
DESAYUNOS INFANTILES	299

HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR	35
HOGARES COMUNITARIOS FAMI	112
SECTOR EDUCATIVO RURAL Y URBANO	1748
TOTAL	2194



SITUACION NUTRICIONAL, POBLACION MENOR DE 13 AÑOS - CIRCASIA, JULIO 2007

CLASIFICACION NUTRICIONAL	NUMERO	PORCENTAJE
INDICADOR PESO / TALLA		
Normal	1397	63.7

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 28

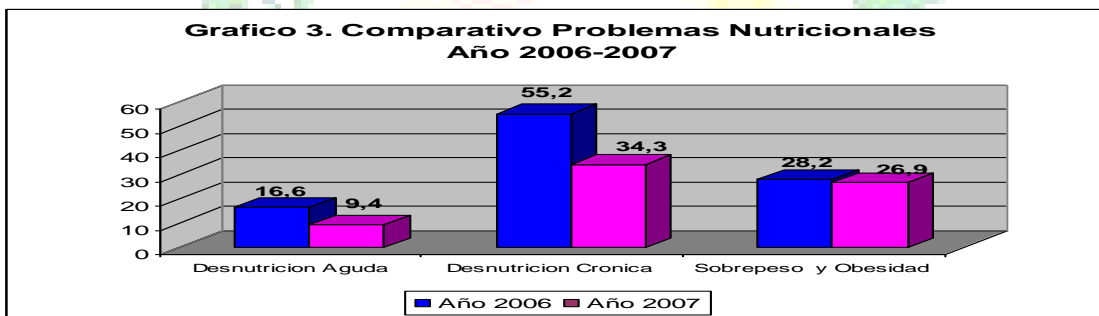
A riesgo	163	7.4
Desnutrición actual	44	2.0
Sobrepeso u obesidad	590	26.9
INDICADOR TALLA / EDAD		
Normal	1443	65.7
A riesgo	586	26.7
Desnutrición Crónica	165	7.6
INDICADOR PESO / EDAD		
Normal	992	45.2
A riesgo	519	23.7
Desnutrición global	254	11.6
Exceso de peso	429	19.5
TOTAL POBLACION INFANTIL VALORADA	2194	100

CUADRO COMPARATIVO DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES, NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 13 AÑOS, ANALIZANDO LOS DIFERENTES INDICADORES

PROBLEMA NUTRICIONAL	AÑO 2006		AÑO 2007	
	#	%	#	%
Desnutrición actual ó aguda peso / talla	94	16.6	207	9.4

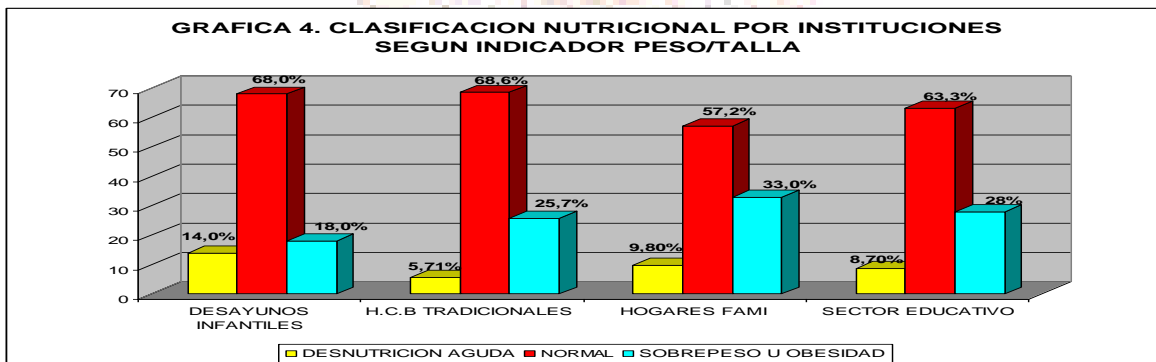
Desnutrición crónica	313	55.2	751	34.3
Talla/ Edad				
Sobrepeso u obesidad Peso/ Talla	160	28.2	590	26.9

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 29

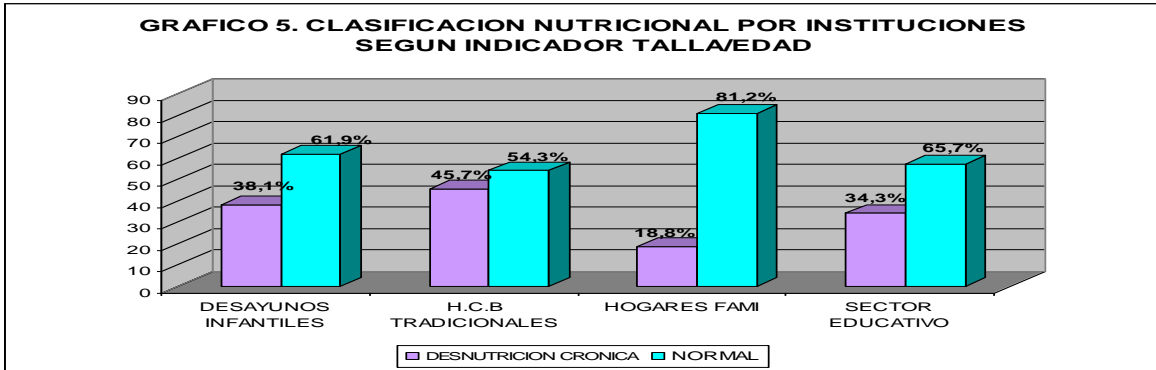


Fuente. Nutrición PAB

ANALISIS NUTRICIONAL POR INSTITUCION Y/O PROGRAMA SEGÚN INDICADOR PESO / TALLA

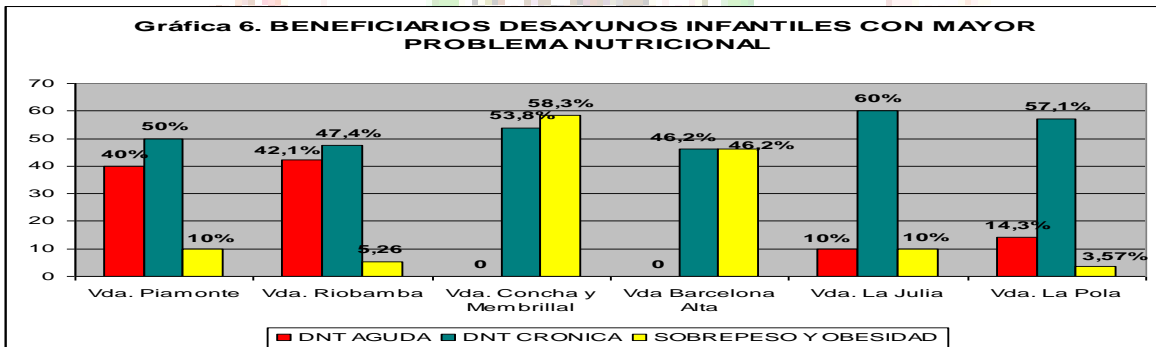


ANALISIS NUTRICIONAL POR INSTITUCION Y/O PROGRAMA SEGÚN INDICADOR TALLA / EDAD

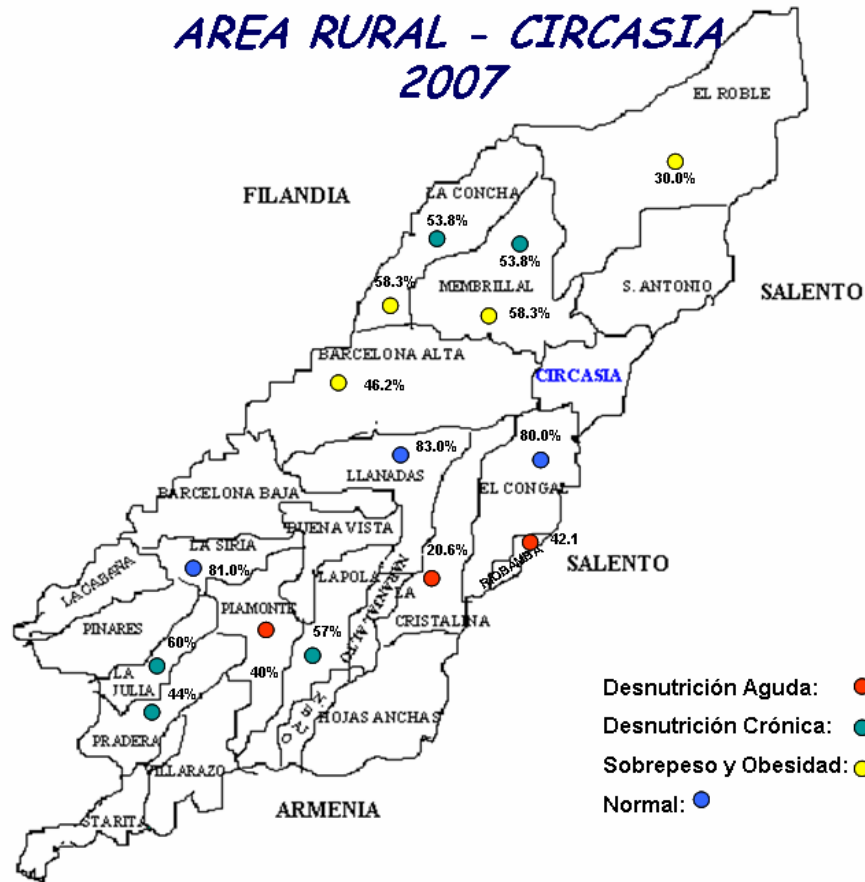


Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 30

SITUACION NUTRICIONAL DESAYUNOS INFANTILES SEGÚN INDICADOR PESO / TALLA Y TALLA / EDAD

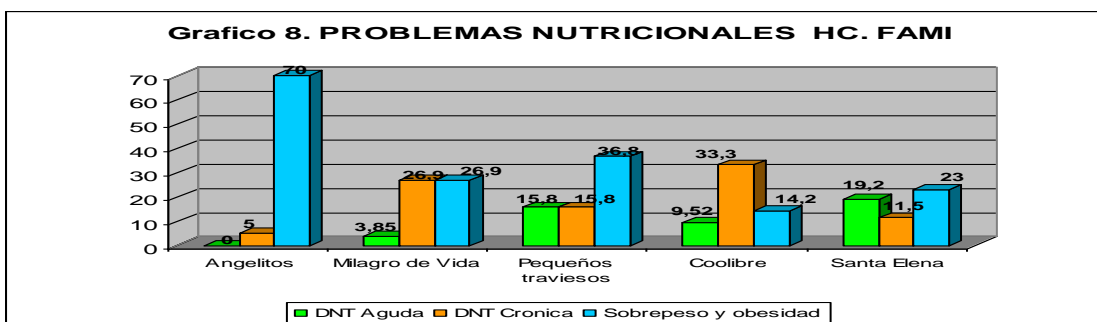


SITUACION NUTRICIONAL DESAYUNOS INFANTILES AREA RURAL - CIRCASIA 2007



Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 31

SITUACION NUTRICIONAL HOGAR COMUNITARIO FAMI SEGÚN INDICADOR PESO/TALLA Y TALLA/EDAD

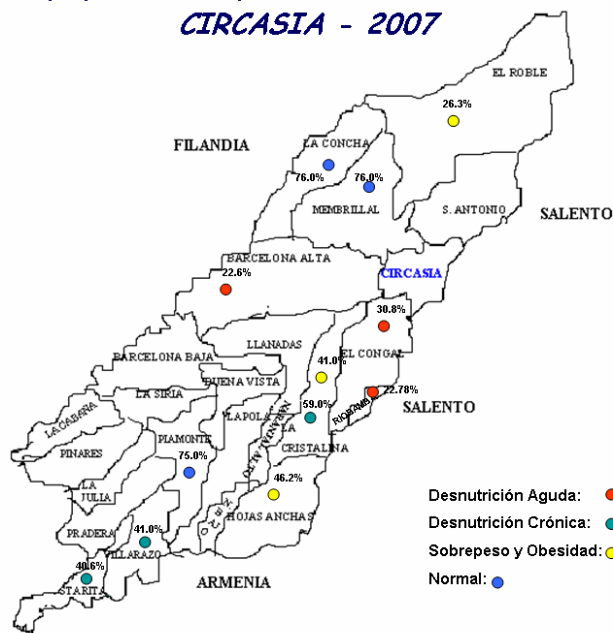


INSTITUCIONES	TOTAL	PESO/TALLA						TALLA / EDAD			
		DNT Aguda		Normal		Sobrepeso		DNT Crónica		Normal	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CD la Siria	16	2	12.5	11	63.6	3	18.8	4	25.0	12	75.0
CD Barcelona Alta	62	12		34		14		20	32.3	42	67.7
CD.Santa Rita	32	3	9.4	23	71.9	6	18.6	13	40.6	19	59.4
CD Villarazo	39	6	15.4	26	66.7	7	17.9	16	41.0	23	59.0
CD Cristalina	39	2	5.2	21	53.8	16	41.0	23	59.0	16	41.0
CD la Julia	13	1	7.7	9	69.2	3	23.1	4	30.8	9	69.2
CD Piamonte	15	0	0.0	12	80.0	3	20.0	4	26.7	11	73.3
CD Hojas Anchas	13	2	15.4	5	38.5	6	46.2	4	30.8	9	69.2
CD Concha y Membrillar	11	1	9.1	8	72.7	2	18.1	2	18.2	9	81.8
CD el Roble	19	0	0.0	14	73.7	5	26.3	7	36.8	12	63.2
CD San Francisco de Asis	103	16	15.5	65	63.1	22	21.4	9	8.7	94	91.3
CD San José	404	20	5.0	222	54.9	162	40.1	123	30.4	281	69.6
CD Consuelo Betancourt	264	15	5.7	200	75.8	49	18.5	107	40.5	157	59.5
CD Luis Edo. Calvo	351	24	6.8	216	61.5	111	31.7	95	27.1	256	72.9

INSTITUCIONES	TOTAL	PESO/TALLA						TALLA / EDAD			
		DNT Aguda		Normal		Sobrepeso		DNT Crónica		Normal	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciudadela Marín Henry	332	37	16.1	218	65.6	77	23.2	162	48.8	170	51.2
TOTAL	1748	152	8.7	1106	63.3	490	28.0	600	34.3	1148	65.7

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 33

SITUACION NUTRICIONAL SECTOR EDUCATIVO RURAL CIRCASIA - 2007



ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA). CIRCASIA, 2007

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo y se constituye en una de las principales

causas de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, con una tasa de mortalidad de aproximadamente 3.2 millones por año. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, llega a 9 episodios.

Cada año en las Américas, más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años.

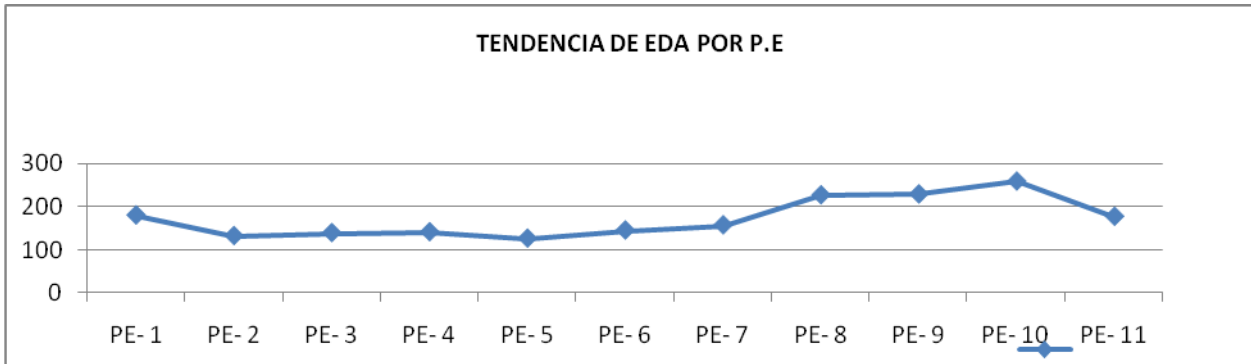
Esta abrumadora carga de sufrimiento y muerte ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es más seria en países donde

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 34

las tasas de mortalidad infantil superan 40 muertes por mil nacidos vivos.

EDA SEGÚN SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	1041	54.5%
MASCULINO	870	45.5%
TOTAL	1911	100%



Los casos de EDA empiezan a aumentarse a partir del PE 8 llegando al máximo de casos en el PE 10, en el PE 11 hubo un descenso de los casos.

El grupo más vulnerable que presenta mayor riesgo de morir a causa de EDA es el de menores de 5 años, de acuerdo a los datos encontrados el grupo que presenta mayor número de casos fue el de menores de 10 años con 918 casos y un porcentaje del 48.0%. De estos 918 casos, el 65.1% se presentó en menores de 5 años.

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. CIRCASIA, 2007

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los problemas principales de salud

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 35

causas de defunción de menores de 5 años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud

IRA por grupos de edad 2007

edad1	Frecuencia	Porcentaje
<10	1889	48.5%
10 - 19	533	13.7%
20 - 29	349	9.0%
30 - 39	231	5.9%

40 - 49	282	7.2%
50 - 59	232	6.0%
60 - 69	190	4.9%
> 70	192	1.3%
Total	3898	100.0%

Datos de SIVIGILA,PAB y S.I HSVP Circasia

Oliva FB

Las IRA son también la causa principal de indicación de medicamentos en los niños y en la mayoría de estos es innecesaria la mayor parte del tiempo ya que tienen efectos potencialmente nocivos y en el caso de los antibióticos, generan resistencia bacteriana. Su uso excesivo e innecesario se ha incrementado sustancialmente.

IRA según diagnóstico

DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje
AMIGDALITIS	742	19.0%
ASMA MIXTA	39	1.0%
BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	55	1.4%
BRONQUITIS	434	11.2%
FARINGITIS	511	13.1%
INFECCIÓN AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, N.E	398	10.2%
INFECCIÓN AGUDA N.E DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	94	2.4%
LARINGITIS AGUDA	77	2.0%
NEUMONIA BACTERIANA	95	2.4%
OTITIS	488	12.5%
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	741	19.0%
SINUSITIS	91	2.3%
TOS	133	3.4%
Total	3898	100.0%

Datos de SIVIGILA, PAB y S.I HSVP Circasia

Oliva FB

El resfriado común con 741 casos (19.0%) y la amigdalitis con 742 (19.0%) fueron los eventos más frecuentes dentro de las infecciones respiratorias agudas.

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 36

VACUNACIÓN 2007

La cobertura en vacunación de 2007 en BCG fue de 94 dosis aplicadas, ANTIPOLIO 1363, Pentavalente en menores de un año 1 dosis 233, 2 dosis 207 y 3 dosis 267. DPT en niños de 18 meses se aplicaron 261 dosis y en niños y niñas de 5 años 308 dosis. Para la TRIPLE VIRAL en menores de 1 año fueron 270 las dosis aplicadas.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. PRIMER SEMESTRE DE 2007

Cuando se habla de la vulneración de los derechos de los niños y las niñas es importante aclarar que uno de los contextos en donde más se presenta dicha vulneración es dentro de la familia, por ello presentamos los datos completos del tipo de violencia pues aunque no sean directamente los niños quienes reciben el maltrato, por la dinámica familiar alcanzan a sufrirlo.

TIPO VIOLENCIA

TIPO VIOLENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
FISICA	30	14,2%	14,2%
FISI-VERBAL	17	8,0%	22,2%
FIS-PSIC	13	6,1%	28,3%
FIS-PSICOL-VERBAL	22	10,4%	38,7%
FIS-SEXUAL	1	0,5%	39,2%

TIPO VIOLENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
G. NEGLIGENCIA	48	22,6%	61,8%
MULTIPLE	10	4,7%	66,5%
PSICOL-NEGLIG	19	9,0%	75,5%
PSICOLOGICA	3	1,4%	76,9%
PSICOLO-SEXUAL	1	0,5%	77,4%
PSIC-VERB-SEXUAL	1	0,5%	77,8%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 37

SEXUAL	4	1,9%	79,7%
VERBAL	43	20,3%	100,0%
SIN DATO	5		
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

En las familias del municipio la presencia de la violencia física acompañada de otros tipos de violencia ocupa el primer lugar en las estadísticas recolectadas durante el primer semestre de 2007.

EDAD AGREDIDO

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
------	------------	------------	----------------------

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
>0 - 10	36	21,2%	21,2%
>10 - 20	25	14,7%	35,9%
SIN DATO	47		
Total	61		

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

En cuanto a la edad de los agredidos observamos que al menos en un 35.9% de los casos ocurridos fueron directamente contra niños, niñas y adolescentes.

EDAD AGRESOR

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
>0 - 10	1	0,7%	0,7%
>10 - 20	10	7,4%	8,1%
Total	11		

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 38

Como resultado de la disfunción familiar y de la violencia intrafamiliar el municipio empieza a percibir casos de niños, niñas y adolescentes agresores.

SEXO AGREDIDO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
------	------------	------------	----------------------

F	166	76,5%	76,5%
M	51	23,5%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL
CAROLINA HERNANDEZ

En un porcentaje alto casi tres veces mayor las mujeres son víctimas de la violencia intrafamiliar.

SEXO-AGRESOR

SEXO-AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
F	54	26,0%	26,0%
M	154	74,0%	100,0%
SIN DATO	9		
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

Para el caso de los agresores se observa que un porcentaje alto (74%) de los agresores son de sexo masculino. Al analizar la postura de género continuamos presentando una relación víctima – victimario en donde la posición masculina y femenina se ubican en uno de los extremos como si les correspondiera dentro de los significados culturales.

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 39

CIRCUNSTANCIA DE LA AGRESIÓN

CIRCUNST-AGRESION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ALCHOL-IRA	7	3,2%	3,2%
ALCOHOL	3	1,4%	4,6%
ALCOHOL. SEC	2	0,9%	5,6%
ALCOHOL/DROG	3	1,4%	6,9%
ALCOHOL/DROG/IRA	3	1,4%	8,3%
ALCOHOL-CELOS	3	1,4%	9,7%
ALCOHOL-EMOCIONALES	8	3,7%	13,4%
CELOS	4	1,9%	15,3%
DROGA-EMOCIONALES	1	0,5%	15,7%
DROGAS	1	0,5%	16,2%
IRA	23	10,6%	26,9%
NS	102	47,2%	74,1%
P. EMOCIONAL/PSICOL	22	10,2%	84,3%
PSECONOM	34	15,7%	100,0%
Total	216	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

La Ira es la circunstancia que desencadena un porcentaje alto de los maltratos, muestra de la dificultad para tolerar las diferencias entre los seres humanos y probablemente un manejo adecuado de los comportamientos inaceptados dentro del grupo familiar. Al analizar la frecuencia del consumo de alcohol reunida con otra condición se puede pensar en una problemática que por su característica de aceptación social se va convirtiendo en un problema de salud pública de difícil intervención por el rechazo que se genera en la comunidad para aceptar

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 40

que el consumo de alcohol genera comportamientos inadecuados que dañan la calidad de vida y enferman no sólo al abusador sino también a los miembros de la familia que conviven con la situación.

ESTADO CIVIL AGREDIDO

E.CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CASADO/A	21	9,7%	9,7%
DIVOR/SEPAR	9	4,2%	13,9%
MENOR	60	27,8%	41,7%
NS	38	17,1%	58,8%
SOLTERO/A	35	16,2%	75,0%
UL	54	25,0%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

ESTADO CIVIL AGRESOR

E.CIVIL-AGRES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CASADO/A	31	14,3%	14,3%
DIVORCIADO/A	11	5,1%	19,4%
MENOR	7	3,2%	22,6%
NS	75	34,6%	57,1%
SOLTERO/A	34	15,7%	72,8%
UL	59	27,2%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

FRECUENCIA ACTO

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 41

FRECUENCIA ACTO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
UNA VEZ	20	9,3%	9,3%
1 VEZ ANTERIOR	18	8,4%	17,7%
3 O MAS VECES	66	30,7%	48,4%
NS	111	51,6%	100,0%

Total	215	100,0%	100,0%
--------------	------------	---------------	---------------

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

Cuando la violencia se presenta desafortunadamente esperamos algún tiempo para denunciarla, el carácter privado del evento desplaza el valor propio y la importancia de una vida tranquila y adecuada para el desarrollo de la personalidad.

OCUPACION AGREDIDO

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
AGRICUL/PESCAD	4	1,8%	1,8%
AMA CASA	57	26,3%	28,1%
ASEADORA	4	1,8%	30,0%
CELADOR	1	0,5%	30,4%
COMERC/VENDEDOR	21	9,7%	40,1%
CONDUCTOR/MECANICO	1	0,5%	40,6%
DESEMPLEADO	2	0,9%	41,5%
ESTUDIANTE	36	16,6%	58,1%
F. MILITAR	1	0,5%	58,5%
MENOR EDAD	16	7,4%	65,9%
OBRAERO-EBANIS-CONSTRUCC	4	1,8%	67,7%
OTRO	3	1,4%	69,1%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 42

PROFESIO-TECNICO	6	2,8%	71,9%
SD	55	25,3%	97,2%
T. INFORMALES	5	2,3%	99,5%
T. SEXUAL	1	0,5%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

OCUPACION AGRESOR

OCUPACION-AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
AGRICULT/PESC	12	5,6%	5,6%
AMA CASA	11	5,1%	10,7%
ASEADORA	3	1,4%	12,1%
CELADOR	2	0,9%	13,0%
COMERCIAN/VENDED	20	9,3%	22,3%
CONDUCT/MECAN	12	5,6%	27,9%
DESEMPLEADO	8	3,7%	31,6%
ESTUDIANTE	5	2,3%	34,0%
F.MILITAR	2	0,9%	34,9%

OCUPACION-AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
JUBILADO	4	1,9%	36,7%
MENOR EDAD	3	1,4%	38,1%
OBRERO-EBANISTA-CONSTRUC	13	6,0%	44,2%
OTRO	7	3,3%	47,4%
PROFES.TECNIC	5	2,3%	49,8%
PROFESOR	2	0,9%	50,7%
SD	96	43,7%	94,4%

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág 43

T.INFORMAL	10	4,7%	99,1%
T.SEXUAL	2	0,9%	100,0%
Total	215	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

CAROLINA HERNANDEZ

PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NS.	48	21,8%	21,8%
RURAL.	20	9,3%	31,0%

URB.	149	69,0%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

RELACION-AGREDIDO/AGRESOR

RELACION-AGREDIDO/AGRESOR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CONYUGE	77	35,6%	35,6%
HERMANO/A	7	3,2%	38,9%
HIJO/A	8	3,7%	42,6%
MADRASTRA/O	3	1,4%	44,0%
NS	49	22,2%	66,2%
PADRE/MADRE	44	20,4%	86,6%
PARIENTE	7	3,2%	89,8%
VECINO/A	22	10,2%	100,0%
Total	217	100,0%	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD MENTAL

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 44

VIVEN MISMA CASA

VIVEN MISMA CASA	Frecuencia	Porcentaje
------------------	------------	------------

VIVEN MISMA CASA	Frecuencia	Porcentaje
NO	92	42,6%
NS	47	21,8%
SI	77	35,6%
SIN DATO	1	
Total	217	100,0%

FUENTE: SIVIGILA PAB, VIF SALUD

ANÁLISIS DE NECESIDADES PRIORIZADAS

1. EJE PROGRAMÁTICO ASEGURAMIENTO: Régimen subsidiado Bajo cubrimiento de subsidios en salud a la población de nivel 1 y 2 del SISBEN		
Politización en la adjudicación de los subsidios	Población vulnerable sin cobertura	Inconformismo generalizado de la comunidad con la administración
Solicitud de subsidios en momentos críticos	Desconocimiento de los habitantes del acceso de los subsidios en salud	Recorte de los recursos para cobertura de subsidios en salud
Bajo presupuesto del municipio para gastos de funcionamiento	Deficientes recursos tecnológicos para la administración de la base de datos Personal poco capacitado para manejo de los procesos	Ineficiencia de los procesos de la dependencia
Cubrimiento de subsidios en salud a la población de nivel 1 y 2 del SISBEN		
Legitimación en la adjudicación de los subsidios	Población vulnerable con cobertura	Satisfacción de la comunidad con la administración

Solicitud permanente de la afiliación al régimen subsidiado	Información para los habitantes del acceso a los subsidios en salud	Aumento de los recursos para cobertura de subsidios en salud
Incremento del presupuesto del municipio para gastos de funcionamiento	Recurso tecnológico óptimo para la administración de la base de datos Personal capacitado para el manejo de los procesos	Eficiencia de los procesos de la dependencia
SISBEN		
Deficiencia de la cobertura		

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 45

Politización Saturación de cupos en el nivel equivocado	Población vulnerable sin cobertura Exclusión	Insatisfacción y escasa confianza en el programa
Existencialismo Racionalidad paternalista de la poblacional	Cultura de la dependencia	
Ausencia de procesos Alta rotación del personal Escaso personal	Dificultades al procesar la información	Ineficiencia de la herramienta
Equipos obsoletos Deficiencia del equipo tecnológico Ineficiencia administrativa	Incertidumbre en el tiempo del proceso	
Eficiencia de la cobertura		
Fortalecer la legitimidad Liberación de cupos en los diferentes niveles	Población vulnerable con cobertura Inclusión	Satisfacción y confianza en el programa
Empoderamiento	Cultura de la independencia	

Corresponsabilidad de la población		
Procesos de capacitación Baja rotación del personal Equipo de apoyo suficiente para desarrollar procesos	Optimización en el procesamiento de la información	Eficiencia de la herramienta
Equipos óptimos software Eficiencia del equipo tecnológico Eficiencia administrativa	Seguridad en el tiempo del proceso	

2. EJE PROGRAMÁTICO PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD: Baja calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud		
Limitación en la contratación de servicios	Insuficiencia de equipos Infraestructura inadecuada	Limitación en la oferta del servicio
Politización Falta de selección objetiva del personal	Incumplimiento de tareas y procesos	Procesos deficientes e ineficaces
Falta de capacitación en el sistema dinámica gerencial	Inconsistencia en la información de cartera Alteración de informes de gestión	Disminución de ingresos y de inversión
Limitaciones en el área edificable	Infraestructura insuficiente áreas laborales muy limitadas limitación en la oferta del servicio	Hacinamiento en las áreas de trabajo Limitación en la oportunidad al servicio
Calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud		
Contratación de servicios	Aumento de equipos Infraestructura local adecuada	Ampliación en la oferta

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 46

Legitimización de los procesos	Sentido de pertenencia	Alta productividad
Selección objetiva de los procesos	Cumplimiento de tareas y procesos	
Capacitación en el sistema dinámica gerencial	Información real y oportuna de cartera	Aumento de inversión y de cartera
Adecuación del área edificable	Optimización del área construida	Oferta según demanda del servicio

3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA:

Baja cobertura e impacto social

Incremento de la morbi-mortalidad menores de 10 años	Cobertura solo del 97%	Disminución de la cobertura de vacunación
Desnutrición aguda, crónica y sobrepeso en la población menor de 13 años	Población en riesgo nutricional aguda 9,4%, crónica 34,3% y sobrepeso 26,9%	Bajo seguimiento de la población en riesgo nutricional
Niños menores de 5 años en riesgo de morbi-mortalidad por IRA - EDA	Madres que no lactan el tiempo mínimo 16,7%	Baja frecuencia de madres lactantes
Aumento de la morbi-mortalidad por embarazo de alto riesgo	Mujeres renuentes a la citología	Incremento de CA cuello uterino y mama
Aumento del riesgo de contraer ITS y VIH-SIDA	Población en riesgo de contraer enfermedades ITS y VIH-SIDA	Altos índices de ITS y VIH-SIDA
Aumento de los casos de violencia doméstica y abuso sexual	Casos reportados por violencia doméstica y abuso sexual 6	Altos índices de violencia doméstica y abuso sexual
Niños adolescentes con problemas de comportamiento social	Población vulnerable violentada y maltratada 30%	Alto grado de violencia y maltrato infantil
Aumento de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles	Población de alto riesgo (TBC) 11 casos	Altos costos en el tratamiento
Riesgo de transmisión de rabia	Cobertura de vacunación anti-rábica del 54%	Alto riesgo de accidentes rábicos
Aumento de la morbi-mortalidad por factores ambientales	Población en riesgo de contraer enfermedades por contaminación	Altos índices de contaminación ambiental

	ambiental	
Discapacidades por adopción de estilos de vida inadecuados	Diferentes discapacidades 30%	Bajo nivel de adopción de estilos de vida saludables
Morbi-mortalidad por temprano consumo de cigarrillo	Inicio temprano 1,7 años	Alto consumo de cigarrillo desde edades tempranas
Morbi-mortalidad asociada a malos hábitos de mantenimiento físico	Población sedentaria con alto riesgo de morbilidad 42,6%	Baja actividad física en población objeto 13-64 años
Incremento de la cobertura e impacto social		
Aumento de la morbi-mortalidad menores de 10 años	Cobertura del 97%	Aumento de la cobertura de vacunación
Disminución de la desnutrición aguda, crónica y sobrepeso en la población menor de 13 años	Disminución de los factores de riesgo nutricional	Seguimiento de la población en riesgo nutricional
Niños menores de 5 años en rcon menor riesgo de contraer por factores externos IRA - EDA	Incremento de Madres lactantes como mínimo los 6 primeros meses de nacimiento	Incremento de la frecuencia de madres lactantes

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 47

Disminución de la morbi-mortalidad por embarazo de alto riesgo	Mujeres canalizadas a la citología	Disminución de los casos de CA cuello uterino y mama por falta de dx temprano
Disminución del riesgo de contraer ITS y VIH-SIDA	Población canalizada en riesgo de contraer enfermedades ITS y VIH-SIDA	Disminución de los índices de ITS y VIH-SIDA
Disminución de los casos de violencia doméstica y abuso sexual	Minimizar los casos reportados por violencia doméstica y abuso sexual	Disminución de los índices de violencia doméstica y abuso sexual
Niños adolescentes con salud mental	Mitigación de los casos de Población vulnerable violentada y	Disminución del grado de violencia y maltrato infantil

	maltratada	
Disminución de la morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles	Canalización y detección temprana de la Población con alto riesgo de (TBC)	Disminución de casos por TBC
Disminución de Riesgo de transmisión de rabia	Incremento en la cobertura de vacunación anti-rábica	Disminución del riesgo de accidentes rábicos
Disminución de la morbi-mortalidad por factores ambientales	Detección de Población en riesgo de contraer enfermedades por contaminación ambiental	Disminución de los índices de contaminación ambiental
Disminución de discapacidades por adopción de estilos de vida inadecuados	Diferentes discapacidades	Adopción de estilos de vida saludables
Aumento de la edad de inicio de consumo de cigarrillo	Inicio de consumo mínimo a los 18 años	Bajo consumo de cigarrillo desde edades tempranas
Disminución de la Morbi-mortalidad asociada a malos hábitos de mantenimiento físico	Disminución de la Población sedentaria con alto riesgo de morbilidad	Incremento de la actividad física en población objeto 13-64 años
4.EJE PROGRAMÁTICO PROMOCIÓN SOCIAL		
Ineficiencia en los enfoques y programas		
Población vulnerada por voluntad política	Aumento de la población en situación de desplazamiento	Ineficiencia de los enfoques y programas
Deficiencia en el fortalecimiento intersectorial	Alto índice de violación de derechos de la población en situación de desplazamiento	
Eficiencia en los enfoques y programas		
Menor población vulnerada por voluntad política	Disminución de la población en situación de desplazamiento	Eficiencia en los enfoques y programas
Eficiencia en el fortalecimiento intersectorial	Bajo índice de violación de derechos de la población en situación de desplazamiento	
Deficiencia en la ejecución de programas para personas en condición de discapacidad		
Baja gestión institucional y recursos económicos	Bajo conocimiento de la política pública para personas con discapacidad Baja capacitación de docentes de apoyo en atención educativa a personas con discapacidad	Altos índices de deserción escolar

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 48

	<p>Bajo personal capacitado en el área de recreación y terapias</p> <p>Poca dotación de equipo y materiales para el manejo del programa para realizar actividades</p>	<p>Población discapacitada en condiciones de desprotección y acrecentamiento de las discapacidades</p>
<p>Bajo conocimiento y aplicabilidad de la norma de accesibilidad (eliminación de barreras arquitectónicas)</p>	<p>Ausencia de escenarios deportivos acondicionados para personas con discapacidad</p> <p>Ausencia de vías de acceso</p>	
<p>Falta de sensibilidad de la comunidad hacia las personas con discapacidad</p>	<p>Baja asociatividad de personas con discapacidad</p>	<p>Baja participación laboral</p>
<p>Eficiencia en la ejecución de programas para personas en condición de discapacidad</p>		
<p>Gestión institucional y recursos económicos</p>	<p>Conocimiento de la política pública para personas con discapacidad</p> <p>Capacitación de docentes de apoyo en atención educativa a personas con discapacidad</p>	<p>Bajos índices de deserción escolar</p>
	<p>Personal capacitado en el área de recreación y terapias</p> <p>Dotación de equipo y materiales para el manejo del programa para realizar actividades</p>	<p>Población discapacitada en condiciones de protección y mitigación de las discapacidades</p>
<p>Conocimiento y aplicabilidad de la norma de accesibilidad (eliminación de barreras arquitectónicas)</p>	<p>Escenarios deportivos acondicionados para personas con discapacidad</p> <p>vías de acceso</p>	
<p>Sensibilización de la comunidad hacia las personas con discapacidad</p>	<p>Asociatividad de personas con discapacidad</p>	<p>Participación laboral</p>
<p>Deficiencia de programas para adulto mayor</p>		
<p>Poca gestión institucional</p>	<p>Baja gestión del gobierno departamental para programas de adulto mayor</p> <p>Inexistencia de dx situacional del</p>	<p>Baja calidad de los programas</p>

	<p>programa</p> <p>Ausencia de personal capacitado para ejecución de programas</p>	
Poco recurso económico	<p>Poca dotación de equipo y materiales párale manejo del programa y para realizar actividades</p> <p>Inexistencia de escenarios en campo cerrado para el desarrollo de actividades</p> <p>Falta de mecanismos para desplazamiento</p>	Pocos programas para la utilización del tiempo libre del adulto mayor

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 49

Poca participación social	Baja concientización de personas jóvenes y adultas con respecto al proceso de envejecimiento	Subvaloración del adulto mayor por disminución de capacidades físicas, sin tener en cuenta su cultura intelectual
	Baja cobertura de adultos mayores en el SGSSS	Baja calidad de vida de los adultos mayores

Eficiencia de programas para adulto mayor

Gestión institucional	<p>Gestión del gobierno departamental para programas de adulto mayor</p> <p>Elaboración de dx situacional del programa</p> <p>Personal capacitado para ejecución de programas</p>	Calidad de los programas
Consecución de recurso económico	<p>Dotación de equipo y materiales párale manejo del programa y para realizar actividades</p> <p>Escenarios en campo cerrado para</p>	Programas para la utilización del tiempo libre del adulto mayor

	el desarrollo de actividades Mecanismos para desplazamiento	
Participación social	Concientización de personas jóvenes y adultas con respecto al proceso de envejecimiento	Valoración del adulto mayor
	Cobertura de adultos mayores en el SGSSS	Calidad de vida de los adultos mayores
5. EJE PROGRAMÁTICO PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES		
Inexistencia de un programa de salud ocupacional y riesgos profesionales		
Ausencia de un programa de vigilancia en el municipio	Desprotección de los trabajadores informales Ausencia de dx y censo de trabajadores informales	Incremento de las discapacidades ocupacionales
Bajo personal capacitado	Personal insuficiente	Pocas acciones
Desconocimiento de la norma	Poca transversalización con el departamento,	Poco apoyo en acciones
Elaboración de un programa de salud ocupacional y riesgos profesionales		
Elaboración e implementación de un programa de vigilancia en el municipio	Protección de los trabajadores informales Dx y censo de trabajadores informales	Disminución de las discapacidades ocupacionales
Personal capacitado	Personal suficiente	Acciones
Capacitación de la norma	Transversalización y apoyo con el departamento	Apoyo en acciones
6. EJE PROGRAMÁTICO EMERGENCIAS Y DESASTRES		
Aumento de la vulnerabilidad frente al riesgo		

Alto número de viviendas en zona de alto riesgo	Pérdidas de vidas humanas	Incremento de la morbi-mortalidad
Contaminación de las quebradas aledañas al sector urbano	Problemas ambientales y patologías	
Falta de recursos financieros	Ausencia de proyectos para mitigar impacto	Vulnerabilidad en la atención de emergencias
Deficiencia en las políticas de prevención y prevención de desastres	Poca cultura comunitaria frente a la prevención de desastres	Vulnerabilidad en las instituciones
Falta de continuidad en los procesos relativos a la gestión del riesgo intersectorial	Dificultad en la atención de eventos	Se pierde la articulación generando poca optimización de los recursos
Reducción de la vulnerabilidad frente al riesgo		
Mayor atención al número de viviendas en zona de alto riesgo	Disminuir el riesgo de pérdida de vidas humanas	Disminución de la morbi-mortalidad
Educación y planes de acción para disminuir la contaminación de las quebradas aledañas al sector urbano	Mitigar los Problemas ambientales y patologías	
Consecución de recursos financieros	Implementar proyectos para mitigar impacto	Disminuir la vulnerabilidad en la atención de emergencias
Crear políticas de prevención y prevención de desastres	Generar cultura comunitaria frente a la prevención de desastres	Disminuir la vulnerabilidad en las instituciones
Continuidad en los procesos relativos a la gestión del riesgo	Mitigar la dificultad en la atención de eventos	Articulación intersectorial para optimizar los recursos

EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, a parte de sus ejes programáticos (aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención, vigilancia y control de los riesgos profesionales) para lo cual se establecen directrices específicas según decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 y resolución 425 del 11 de febrero de 2008; con rubros de destinación específica y el cual se encuentra inmerso en EL PLAN DE DESARROLLO Territoriales el numeral 3.2 con el nombre ESTRATEGIA DE SALUD y cuya matriz financiera general de dicho plan también contempla el

PLAN DE SALUD TERRITORIAL, es importante aclarar que el rubro que aparece en salud es directamente para ejecución del eje programático de salud pública y que para los otros ejes programáticos está transversalizado según sus condiciones específicas de presupuesto.

Hace parte de la visión del municipio frente a la transversalidad con todas las áreas para ser reflejado en acciones en pro del bienestar y calidad de vida de la población Circasiana con el objetivote hacer de "Circasia, un hogar para disfrutar la vida".

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 57

VISIÓN

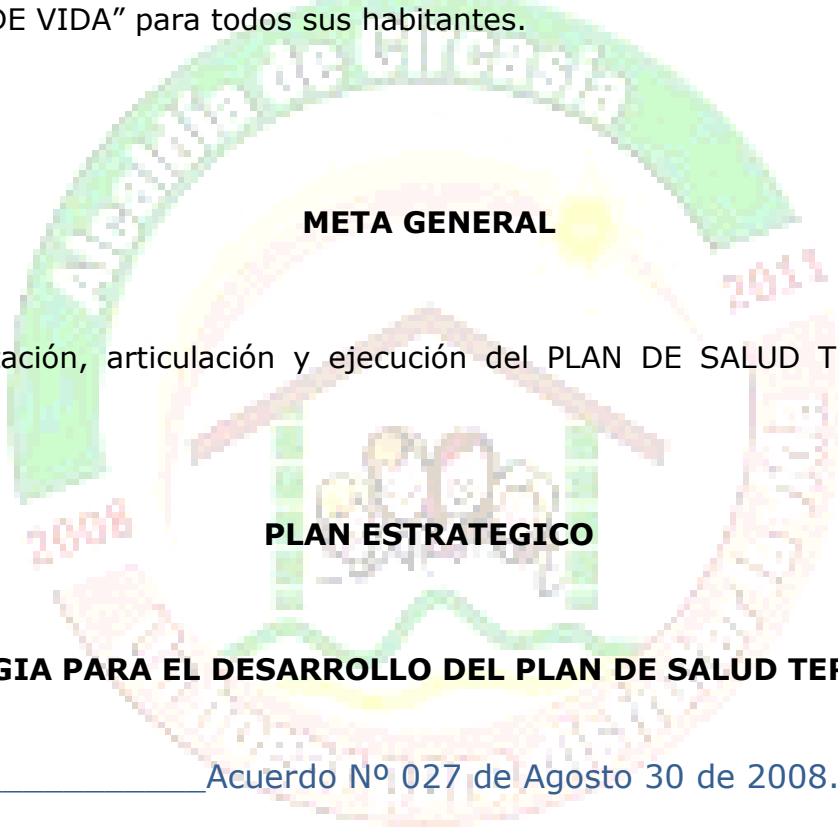
Nuestro municipio Circasia, un hogar para disfrutar la vida ejecutará un plan de salud territorial el cual progresivamente reflejará una población con todas las herramientas para evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento; haciendo de Circasia, un hogar con bienestar y calidad de vida acorde a las condiciones de vida de cada uno de sus pobladores.

MISIÓN

Articular exitosamente todos los ejes programáticos del plan de salud territorial de intervenciones individuales y colectivas, bajo los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social e intersectorialidad; que permita verse reflejado en una comunidad circasia con bienestar y calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

Articular con todos los sectores Municipales, Departamentales y Nacionales y la comunidad en general EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL que permita a mediano y largo plazo hacer de "CIRCASIA, UN HOGAR CON BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA" para todos sus habitantes.



Implementación, articulación y ejecución del PLAN DE SALUD TERRITORIAL operando.

ESTRATÉGIA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 58

POLITICA DE DESARROLLO SOCIAL E INCLUSIÓN

ESTRATEGIA: 3.2. Estrategia de salud	
PROGRAMA: 3.2.1. Aseguramiento en salud	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Apoyar un programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social	Número de programas de ampliación apoyados
SUBPROGRAMA: 3.2.1.1 Ampliación de cobertura	

METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Apoyar un (1) programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social	Número de programas de ampliación de cobertura y de continuidad en seguridad social apoyado
SUBPROGRAMA: 3.2.1.2 Continuidad	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Apoyar un (1) programa de ampliación de cobertura y continuidad en seguridad social	Número de programas de ampliación de cobertura y de continuidad en seguridad social apoyado
PROGRAMA: 3.2.2. Prestación y desarrollo de servicios de salud	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Desarrollar Un (1) programa de mejoramiento de calidad y cobertura en la prestación del servicio de salud del Municipio de Circasia	Número de programas de mejoramiento desarrollados
SUBPROGRAMA: 3.2.2.1 Mejoramiento de la accesibilidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Desarrollar un (1) proceso de articulación para el fortalecimiento de la Empresa Social del Estado	Número de procesos de articulación realizados
PROGRAMA: 3.2.3 Salud pública	

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 59

METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Desarrollar Un (1) programa de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos en salud con coberturas útiles	Número de programas desarrollados

SUBPROGRAMA: 3.2.3.1 Salud Infantil	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar un (1) programa que incluya PAI, IAMI y AIEPI	Número de programas implementados
SUBPROGRAMA: 3.2.3.2 Salud sexual y reproductiva	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Desarrollar Un (1) programa de formación, apoyo y garantía para la salud sexual y reproductiva	Número de programas desarrollados
SUBPROGRAMA: 3.2.3.3 Salud mental	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Construir una (1) red comunitaria para la promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Número de redes construídas 154
SUBPROGRAMA: 3.2.3.4 Enfermedades transmisibles evitables y zoonosis	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Establecer Un (1) programa de prevención, seguimiento y control de enfermedades transmisibles y zoonosis	Número de programas establecidos
SUBPROGRAMA: 3.2.3.5 Enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar Una (1) de red social de estilos de vida saludables	Número de redes implementadas y operando

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 60

SUBPROGRAMA: 3.2.3.6 Salud oral	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar una (1) estrategia de salud bucal en todos los grupos etáreos	Número de estrategias de salud bucal en todos los grupos 155téreos
SUBPROGRAMA: 3.2.3.7 Seguridad sanitaria y saneamiento básico	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Establecer una (1) estrategia de seguimiento, vigilancia y control en la seguridad sanitaria y saneamiento básico	Número de estrategias de seguimiento, vigilancia y control en la seguridad sanitaria y saneamiento básico implementadas
SUBPROGRAMA: 3.2.3.8 Desarrollo institucional y apoyo a la gestión	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Realizar Un programa de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional en salud pública	Número de programas de gestión realizados
PROGRAMA: 3.2.4. Promoción social	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Formular un (1) plan de acción integral a poblaciones especiales	Número de planes formulados
SUBPROGRAMA: 3.2.4.1 Atención a grupos vulnerables	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar el plan de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención a poblaciones especiales	Número de planes implementados

SUBPROGRAMA: 3.2.4.2 Implementación de la Red Juntos	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Suscribir Un (1) convenio implementado para la red de la superación de la pobreza extrema	Número de convenios suscritos
PROGRAMA: 3.2.5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 61

METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Formular una (1) política para la prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	Número de políticas formuladas
SUBPROGRAMA: 3.2.5.1 Salud y seguridad en el trabajo	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar Un (1) programa de promoción, inducción, inspección, sensibilización y seguimiento de la salud en el entorno laboral	Número de programas implementados
PROGRAMA: 3.2.6. Prevención de emergencias y desastres	
METAS DE RESULTADO	INDICADOR DE RESULTADO
Desarrollar Un (1) programa para el fortalecimiento comunitario e institucional	Número de programas de fortalecimiento desarrollados
SUBPROGRAMA: 3.2.6.1 Fortalecimiento institucional para la atención de desastres	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Implementar Un (1) programa de apoyo a las instituciones de socorro	Número de programas de apoyo a las instituciones de socorro, implementados

SUBPROGRAMA: 3.2.6.2 Cultura para la gestión del riesgo	
METAS DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO
Desarrollar Un (1) programa para capacitar a la comunidad en prevención y atención de desastres	Número de programas realizados de capacitación a la comunidad en prevención y atención de desastres

RESPONSABLES DE LOS EJES PROGRAMÁTICOS Y ÁREAS SUBPROGRAMÁTICAS:

1. EJE PROGRAMATICO ASEGURAMIENTO:

Responsables: Régimen Subsidiado y SISBEN.

Acuerdo N° 027 de Agosto 30 de 2008. Pág. 62

2. EJE PROGRAMÁTICO DE PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS EN SALUD:

Responsables: E.S.E Hospital san Vicente de Paul Circasia.

3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PUBLICA:

Responsable: Coordinador Plan de Salud Territorial Circasia 2008-2011.

4. EJE PROGRAMÁTICO DE PROMOCIÓN SOCIAL:

Responsable: Oficina Municipal de Asuntos Sociales.

5. EJE PROGRAMÁTICO DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES:

Responsable: Salubrista Ocupacional.

6. EJE PROGRAMÁTICO DE EMERGENCIA Y DESASTRES

Responsable: Coordinador CLOPAD Circasia.

**PLAN FINANCIERO Y PLURIANUAL
PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008 -2001
"CIRCASIA, UN HOGAR CON BIENESTAR
Y CALIDAD DE VIDA**

Acuerdo N° 027 de agosto 30 de 2008 Pág. 68

ARTICULO SEGUNDO: La ejecución programática y financiera del Plan de Salud Territorial 2008-2011, "Circasia, un hogar con bienestar y calidad de vida", se hará a través del Plan de Desarrollo 2008-2011 "Circasia, un hogar para disfrutar la vida" por medio de la Política 3: POLÍTICA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL, Estrategia: 3.2: Estrategia de salud.

ARTÍCULO TERCERO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su sanción.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en el recinto del Honorable Concejo Municipal a los treinta (30) días del mes de Agosto del año Dos Mil Ocho (2008).

JEMAY ADOLFO ARIAS MORA

Presidente

GUILLERMO LÓPEZ RAMÍREZ

1er. Vicepresidente

OSCAR ANDRÉS ZAPATA CORREA

2do. Vicepresidente

MARTA LUCIA HENAO PALACIO

Secretaria General

