



**Alcaldía Municipal
Santander de Quilichao Cauca**

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA 2004-2007

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

- 1- SITUACIÓN DE SALUD MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO
- 2- CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS
- 3- VIVIENDA Y SERVICIOS PUBLICOS
- 4- ALGUNOS INDICADORES DE POBREZA
- 5- SITUACIÓN DE ENFERMEDAD Y MUERTE
- 6- PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS MUNICIPIO DE SANTANDER DE Q.
- 7- PRINCIPIOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA
- 8- POLITICAS DE SALUD PÚBLICA PARA EL MUNICIPIO
- 9- OBJETIVOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA MUNICIPAL
- 10- FICHAS DE IDENTIFICACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN DEL DEPARTAMENTO
- 10.1- PROYECTO MUNICIPIO SALUDABLE POR LA PAZ
- 10.2- PROYECTO CON LA JUVENTUD QUILACHAGUEÑA
- 10.3- PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

INTRODUCCIÓN

1- SITUACION DE SALUD MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO

GENERALIDADES

El municipio está localizado al norte en el departamento del Cauca; su extensión territorial es de 57.071 hectáreas. La cabecera municipal está a 1.071 metros de altura sobre el nivel del mar y tiene una temperatura promedio de 23°C, Se encuentra a una distancia de 100 Km de la ciudad de Popayán y a 47 Km de la ciudad de Santiago de Cali, capital del departamento el Valle del Cauca. Se distinguen dos regiones topográficamente diferentes: una al norte, plana o ligeramente ondulada, que hace parte del valle del río Cauca, y una zona montañosa al sur, que corresponde a la cordillera de los andes. Sus tierras se distribuyen en los pisos térmicos cálido, medio y frío.

Limita al norte con los municipios de Villa Rica y Jamundi, al sur con Caldono, al oriente con Caloto y Jámalo y al occidente con el municipio de Buenos Aires. Por su estratégica ubicación geográfica se convierte en paso fundamental entre el departamento del Cauca y el Valle del Cauca, jugando un papel fundamental en los procesos de comercialización y en los procesos de migración escalonada.

El municipio esta dividido en 33 barrios ubicados en la cabecera municipal, 104 veredas de la zona rural, Mondomo un centro poblado y cinco resguardos indígenas (Canoas, Munchique los Tigres, la Concepción, Guadualito y Urbano)

Tabla No 01
Barrios Municipio de Santander de Quilichao

Alfonso López	El Rosario
Antonio Nariño	General Santander
Belén	La Corona I y II
Bello Horizonte	La Esperanza
Betanía	La Joyita
Bolivariano	LA Victoria
Canelón	Los Samanes
Centenario	Lourdes
Centro	Morales Duque
Ciudad Modelo	Olaya Herrera
El Arroyo	Panamericano
El Dorado I y II	San Bernabé
El Jardín	San José
El Libertador	Santa Anita I y II
El Limonar	Santa Inés
El Porvenir I, II y III	Vida Nueva
Villa del Sur	

Fuente: Perfil Epidemiológico de Santander de Quilichao
Sistema de Información en Salud. 2002

Tabla No 02
Veredas Municipio Santander de Quilichao

Agua Blanca	El Palmar	Los Pinos
Alegrías	El Parnazo	Los Tigres
Alto Paraíso	El Pedregal	Mandiva
Alto San Francisco	El Piñuelo	Maria Auxiliadora
Alto San José de Mandiva	El Tajo	Mazamorrero
Arauca	El Toro	Mira flores
Ardovelas	El Turco	Mondomito
Bajo Guadualito	Emmanuel	Munchique
Bajo San Francisco	Filadelfia	Nacedero
Bajo Santa Ana	Guadualito	Naranjal los Polos
Bella Vista	Guaitala	Nueva Colombia
Brasilia Unida	Guayabal	Nuevo San Antonio
Buena Vista	Jerusalén	Nuevo San Rafael
Cabecera de Domingullo	La Agustina	Páez
Cabecera de Santa Ana	La Alita	Palmichal
Cachimbal	La Arrinconada	Paramillo I
California	La Arboleda	Paramillo II
Caloteño	La Aurora	Pavitas
Canoas	La Cascada	Quinamayo
Capilla de Santa Bárbara	La Chapa	Quitapereza
Carbonero	La Concepción	San Antonio
Cascabel	La Honda	San Bosco
Cascajal	La Palestina	San Isidro
Chirivico	La Palomera	San Jerónimo
Chontaduro	La Quebrada I	San Pedro
Domingullo	La Quebrada II	San Rafael
El Águila	La Toma	Santa Bárbara
El Arbolito	La Vetica	Santa Lucía
El Arca	Las Lajas	Santa María
El Broche	Las Vueltas	Santa Rita
El Carmen	Llano de Alegría	Santa Rosa
El Cóndor	Loma Alta	Taminango
El Junguito	Loma del Medio	Tres Quebradas
El Llanito	Lomitas Abajo	
El Mirador	Lomitas Arriba	

Fuente: Perfil Epidemiológico de Santander de Quilichao
 Sistema de Información en Salud. 2002

2- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La población del municipio de Santander de Quilichao se caracteriza por presentar una típica pirámide poblacional, con una amplia base de población menor de quince años, población en edad de trabajar de proporción media y la proporción de adultos mayores muy baja con relación a los demás grupos de edad. Esto significa que el municipio atraviesa por lo que los demógrafos denominan el segundo periodo de la transición demográfica, caracterizada por una disminución de la mortalidad infantil y un aumento de la expectativa de vida, ello debida a una mejoría relativa de la calidad de vida, mayor acceso y calidad de los servicios de salud, pero de manera muy especial al incremento del nivel educativo especialmente de las mujeres (las cuales, se ha demostrado, aplican sus conocimientos principalmente en mejorar la calidad de vida de la población con especial énfasis de los niños y las niñas).

Esta segunda fase de transición demográfica implica que se ha avanzado en términos de la calidad de vida, pero igualmente incrementa la demanda de acceso a satisfactores de bienestar como educación, salud, vivienda, alimentos y empleo. Además el incremento de la población mayor de 50 años genera mayor demanda de los servicios relacionados con la seguridad social para este grupo poblacional, lo que en términos del bienestar de la población a nivel local genera nuevas demandas ante los gobiernos locales y nuevos esfuerzos para mejorar la calidad de vida.

Tabla No 03

Distribución de la población por grupos quinquenales según sexo

Edad	Prop. Hombres	Prop. Mujer	Total
00-04	5.93	5.76	11.70
05-09	6.06	5.84	11.90
10-14	6.80	6.50	13.30
15-19	5.25	5.32	10.57
20-24	4.54	4.77	9.31
25-29	3.82	4.18	8.00
30-34	3.45	3.98	7.43
35-39	3.02	3.39	6.41
40-44	2.45	2.55	5.00
45-49	1.77	1.90	3.68
50-54	1.65	1.80	3.45
55-59	1.20	1.26	2.45
60-64	1.22	1.18	2.40
65-69	0.78	0.76	1.54
70-74	0.61	0.57	1.18
75-79	0.39	0.42	0.81
80-84	0.27	0.21	0.48
85-**	0.15	0.24	0.39
Total	49.38	50.62	100

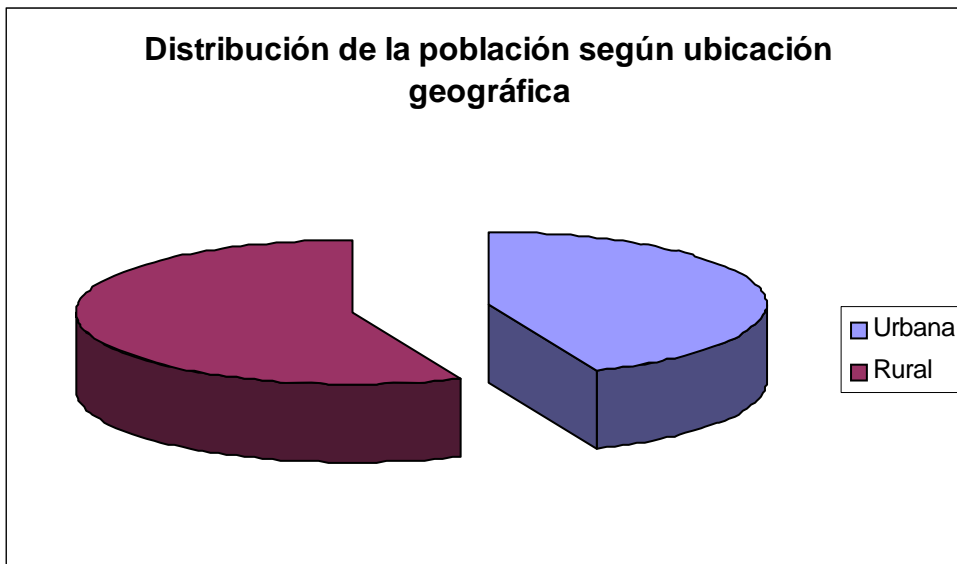
Fuente: Proyecciones Censo DANE. 1993

De acuerdo a la distribución geográfica de la población en el municipio este es más rural que urbano, sin embargo la proporción de la población urbana (gráfica No 01) es muy

significativa, esto se ve reflejado en la economía local la cual depende principalmente del sector primario de la economía y es segunda instancia del sector terciario de servicios.

Al igual que la mayoría de los municipios del departamento del Cauca su población es mayoritariamente rural, la densidad de población es de 139.33 Hab/Km², haciendo parte de los municipios con densidad poblacional media (Puerto Tejada es de 535.54 Hab/Km² y Piamonte 4 Hab/Km², configuran los extremos en el departamento), lo anterior nos indica un municipio con poca dispersión de su población convirtiéndose en un factor que facilita el acceso a servicios de los habitantes. Sin embargo, de otro lado indica una tensión sobre la propiedad de la tierra y la producción para el consumo local¹, al igual que una alta demanda de los diferentes servicios que ayudan al bienestar de las poblaciones.

Gráfica No 01

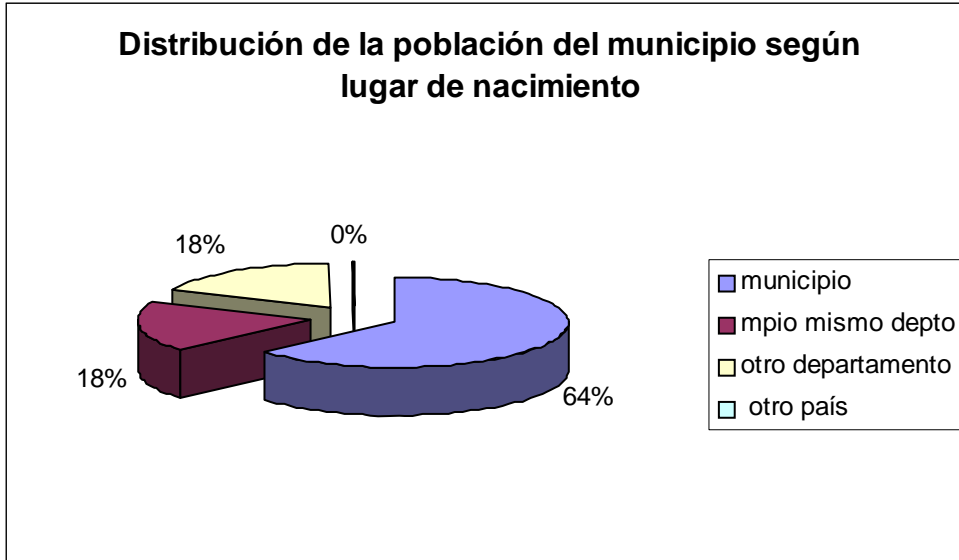


Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993.

Si observamos el origen de los habitantes del municipio nos damos cuenta que la mayoría de ellos (64%) son originarios de Santander y en una proporción similar (18%) encontramos que los habitantes nacieron o en el mismo departamento o en municipios de otro departamento, convirtiendo a Santander en un municipio receptor de población (36% de sus habitantes son foráneos) – gráfica No 02 - . Sin embargo, los datos también nos muestran que estos procesos migratorios han sido antiguos (mayor a cinco años), pues cuando observamos la procedencia de los pobladores en los últimos cinco años no damos cuenta que cerca al 84% de los habitantes llevan más de cinco años viviendo en el municipio, mientras que solo el 18% de los habitantes han llegado durante los últimos cinco años (gráfica No 03).

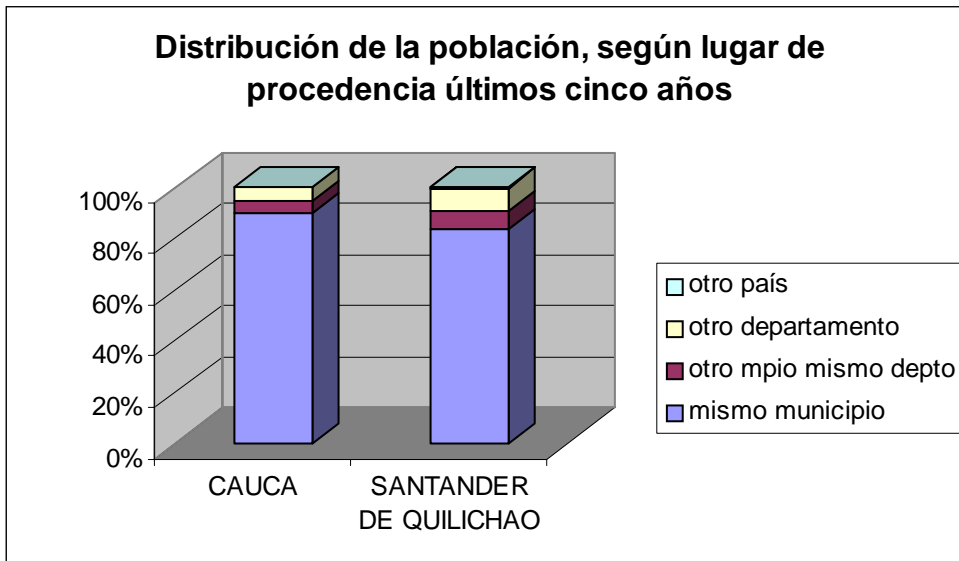
¹ A manera de ejemplo uno de los elementos pertinentes que apareció con los representantes de las comunidades indígenas es la creciente tensión por el aumento de la población (especialmente los y las adolescentes) comparado con la poca disponibilidad de tierras lo que no permite la armonía al interior de los resguardos y de manera especial esta limitando los proyectos de vida de los y las jóvenes en sus comunidades.

Gráfica No 02



Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993

Gráfica No 03



Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993.

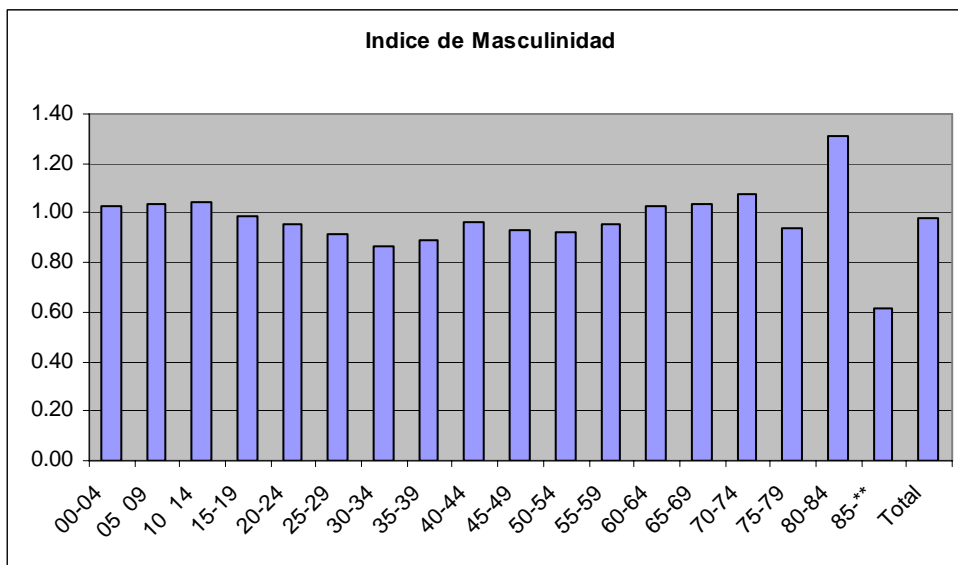
Es bien conocido que los procesos migratorios son predominantemente femeninos (lo que se observa en el índice de masculinidad, gráfica No 04), pues ellas encuentran en las ciudades donde lograr el desarrollo de sus nuevas expectativas, las cuales no se dan en el campo, pues el acceso a la educación, al empleo remunerado, la independencia económica y mayor libertad para desarrollar su personalidad son algunas de las características que asume la mujer le puede brindar la ciudad; a esto es necesario

vincular la situación propia del campo, pocas oportunidades educativas, escasez de trabajo remunerado para la mujer, crisis en la producción agropecuaria y la situación de violencia del país hacen que la ciudad se vuelva no solo un escenario deseable, sino en muchas ocasiones la única opción para salvar la vida.

Esta situación de la migración se evidencia en el índice de masculinidad (gráfica No 04), que nos muestra que para la mayoría de los grupos quinquenales las mujeres son mayoritarias, la excepción son los primeros tres quinquenios, es decir los menores de 15 años y de manera general los mayores de 60 años. Así mismo se reconoce que la mayoría de los desplazamientos forzados involucran a las mujeres, los niños y las niñas y que el municipio de Santander de Quilichao es uno de los que más población desplazada ha recibido en el pasado (desplazamiento de la zona del Naya, de comunidades indígenas).

A lo anterior hay que adicionar el recrudecimiento del conflicto armado en el departamento del Cauca, la lucha por el control territorial de la zona norte del departamento autodefensas y guerrillas lo que hace al municipio de Santander uno de los más susceptibles para ser foco de población desplazada en el corto y el mediano plazo.

Gráfico No 04



Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993

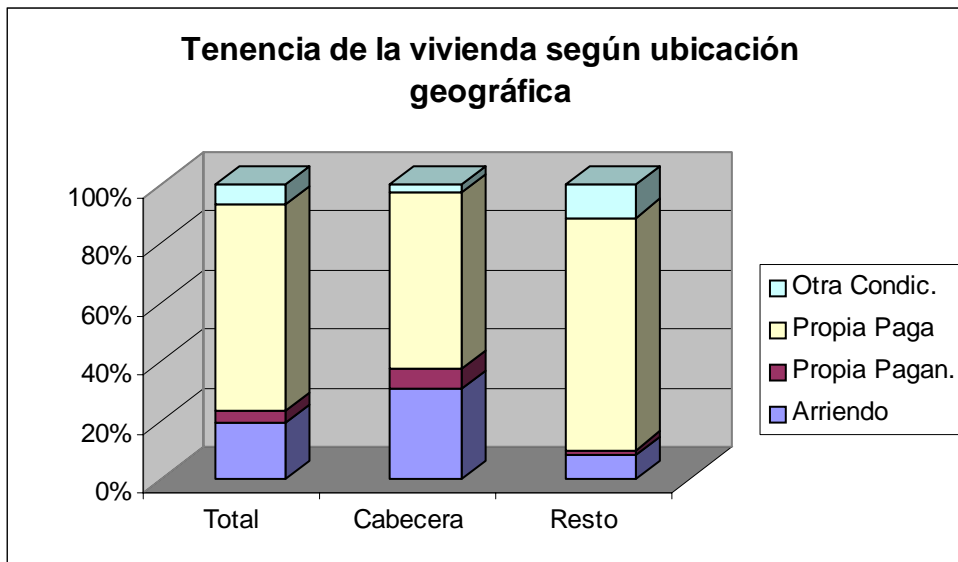
Conocer la proporción de hombres con relación a las mujeres es pertinente para el sector salud, pues es necesario tener en cuenta que el trabajo con las mujeres es y ha sido uno de los elementos centrales para mejorar la calidad de la salud especialmente de la población infantil. Dentro de las actuales políticas internacionales en salud – Invertir en Salud- una de las estrategias más importantes es invertir en la educación de las niñas, ya que se ha demostrado que a mayor nivel de escolaridad de las mujeres se reducen las tasas de mortalidad infantil. De otro lado las mujeres han sido quienes históricamente han asumido la protección de la población más vulnerables como los niños, las niñas y los ancianos.

Una política integral en salud debe propender por la participación, especialmente de las mujeres, quienes a través de su trabajo activo ayudan a mejorar las condiciones de salud de sus comunidades.

3- VIVIENDA Y SERVICIOS PUBLICOS

Uno de los problemas centrales para evaluar la calidad de vida de los habitantes es el acceso y la calidad de la vivienda y de acuerdo a las proyecciones del Censo DANE 1993 la mayoría de los habitantes del municipio son propietarios de su vivienda, aunque esta situación es mayoritaria en el área rural que en la cabecera urbana, sin embargo en la cabecera una proporción muy alta vive en condición de arrendatario (gráfica No 05).

Gráfica No 05



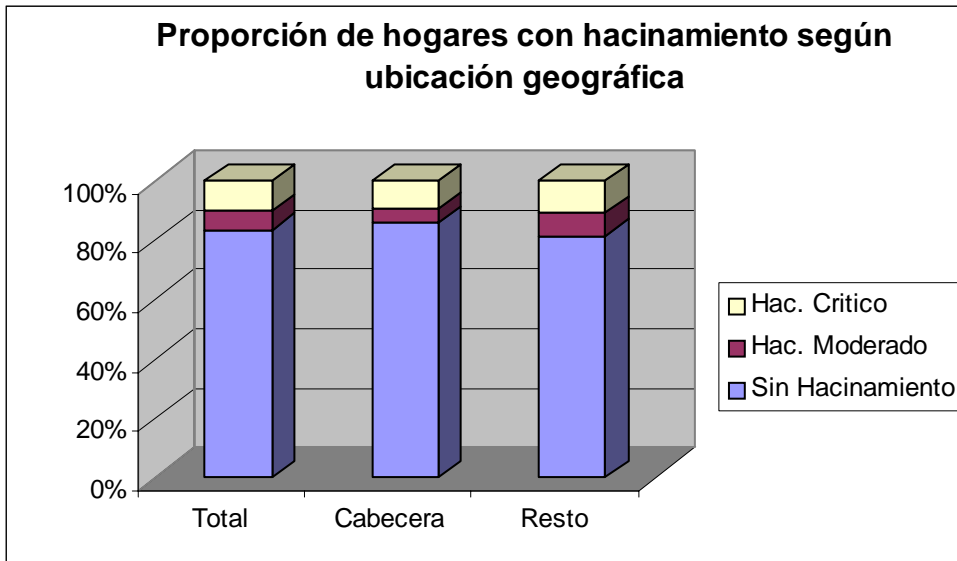
Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993.

Pero un elemento más importante en términos de la calidad de vida de los habitantes del municipio es las condiciones de hacinamiento que existen, pues más del 20% de los habitantes del municipio viven con algún grado de hacinamiento, pero la mayoría del hacinamiento existente es de carácter crítico (más de tres personas por cuarto). De acuerdo a la distribución espacial del hacinamiento este es mayor en la zona rural. Esto nos haría asumir que si bien la mayoría de los habitantes de la zona rural son propietarios de sus viviendas la capacidad que tiene es inferior a las necesidades reales de los pobladores (gráfica No 06), igualmente el acceso a los servicios básicos (acueducto, energía eléctrica y alcantarillado) es peor en el área rural, pues el déficit de alguno de los servicios alcanza al 85% de los habitantes (gráfica No 07).

Tendremos que reconocer que de acuerdo a la calidad de la vivienda la pobreza tiene una distribución principalmente rural, lo que requiere esfuerzos adicionales para mejorar las condiciones de salud y de vida de los habitantes del campo. Y teniendo en cuenta que la población es predominantemente rural se necesitarían esfuerzos de todos los

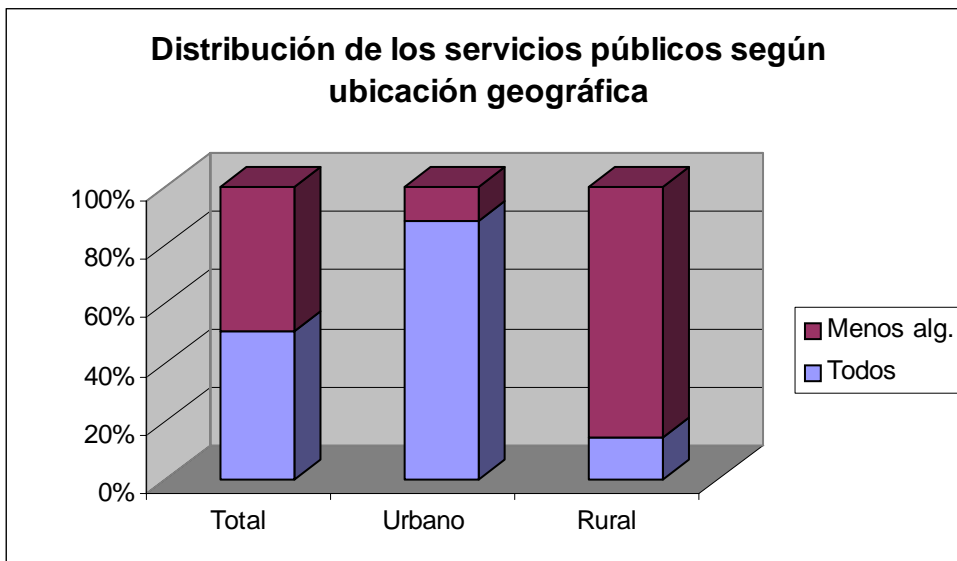
sectores y en el mediano plazo para lograr un impacto real sobre las condiciones de vida del municipio.

Gráfica No 06



Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993.

Gráfica No 07



Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993.

Finalmente, la calidad de la vivienda y de los servicios públicos es uno de los elementos más importantes como satisfactores de bienestar y por su puesto para determinar las formas diferenciales de enfermar y morir de las gentes. Así, el hacinamiento y la alta de acceso a los servicios públicos se verán reflejados en el perfil epidemiológico con alta incidencia y prevalencia de enfermedades como Infección Respiratoria Aguda, Enfermedad Diarreica Aguda, Tuberculosis y en términos de salud mental favorece la

violencia intrafamiliar y diferentes formas de maltrato contra los grupos más vulnerables: niños, niñas, mujeres y ancianos.

La política integral en salud pública debe propender por el mejoramiento de condiciones básicas de vida como el acceso a agua potable, manejo integral de los desechos domiciliarios y mejoramiento de la infraestructura de vivienda.

4- ALGUNOS INDICADORES DE POBREZA

El análisis de la pobreza es un asunto conceptual y empíricamente conflictivo. Conceptualmente es conflictivo por que para ello es necesario definir lo que entendemos por pobreza, este no es un espacio que nos permita abordar el análisis de teórico de un concepto tan complejo, me limitare a decir que para este caso se utilizará la información disponible, que aunque insuficiente, nos permite intuir la complejidad y lo dramático de esta situación, limitando por su puesto la información a lo económico.

Para acercarnos a esta problemática es importante reconocer la vocación histórica de la economía local, la cual ha sido dependiente fundamentalmente del sector agropecuario, que en los últimos años se ha encontrado en crisis, especialmente por falta de recursos de inversión desde el sector gubernamental y la baja competitividad de la producción local comparada con otros países.

La calidad de los suelos a nivel local, en su mayoría son aptos para la agricultura, como lo muestra el Esquema Básico de Ordenamiento Territorial, las tierras más fértiles se encuentran ubicadas en las riberas de los ríos Cauca, Palo, Quinamayo, Teta, Mandiva y las quebradas de Japio y Quilichao. Hoy, la mayoría de los mejores suelos en el municipio se encuentran cubiertos con cultivos de caña de azúcar, la agroindustria azucarera ha aumentado su cobertura de cultivos en las zonas más fértiles del territorio. En este proceso se ha desplazado productos que allí se cultivaban tales arroz, sorgo, soya, maíz, yuca y en menor escala cacao, plátano y algodón.

De acuerdo al estudio del EBOT, de las áreas cultivadas el 52.49% (ocupando 7000Ha) corresponde a la caña de azúcar, las cuales comparadas con 1989 se habían incrementado en 4570 Ha (ver tabla No 04 y 05), desplazando cultivos agrícolas tradicionales como maíz, soya, sorgo; después de la caña de azúcar sigue en importancia el cultivo de Café combinado con plátano que representa el 25% del área agrícola, sin embargo este había disminuido con relación a 1989 de 2176 Ha, se encontró que estas zonas habían pasado a cultivos e yuca, frutales, plátanos, potreros y una parte se encontraba sin uso.

El siguiente cultivo en importancia es la yuca, que representa aproximadamente el 11% del área cultiva del municipio con 1143 Ha, el 80% de esta producción se destina a la elaboración de almidón agrio y dulce y el 20% para consumo human

Tabla No 04

CULTIVO	AREA (HAS)
CAÑA DE AZUCAR	7000
CAFÉ X PLATANO X FRUTALES	2670
YUCA	1200
CAÑA PANELERA	355,5
FINCA TRADICIONAL	280
PLATANO TRADICIONAL	200
PLATANO TECNIFICADO	120
FRUTALES (CITRICOS - MANGO)	250
FIQUE	294
PIÑA	120
ARROZ RIEGO	361
FRIJOL TECNIFICADO	120
MAIZ TECNIFICADO	40
MAIZ TRADICIONAL	120
MORA – LULO	60
SOYA – SORGO	70
HORTALIZAS (TOMATE - HABICHUELA)	40
TOTAL	13300,5

Fuente: ASOCAÑA, COMITÉ, CAFETEROS, URPA, UMATA
EBOT Santander de Quilichao

Tabla No 05

CULTIVO	AREAS (has)
Caña de azúcar	2430
Café	4846
Yuca	2833
Plátano	579
Cítricos – Mango	96
Fique	77
Frijol	46
Maíz	204
Piña	494
Arroz	700
Soya	658
Sorgo	690
TOTAL	13653

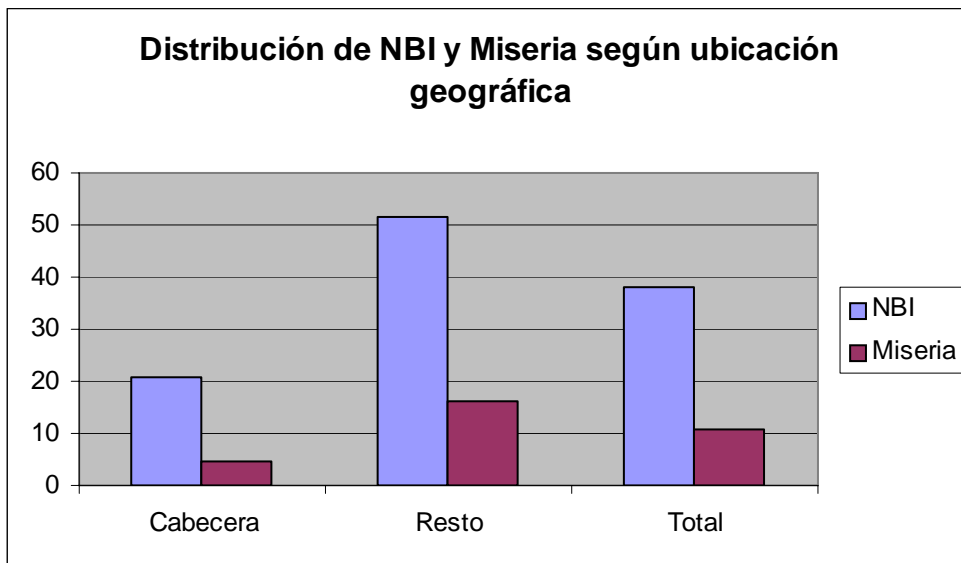
Fuente: URPAL, Popayán 1990
EBOT Santander de Quilichao

Mirando la producción se plantean varios problemas, el primero de ellos es que posiblemente se esta dando en el municipio un proceso de concentración de la tierra, pues el cultivo mayoritario, la caña de azúcar, generalmente se desarrollo en grandes extensiones de tierra, esto sumado al hecho que los monocultivos desplazan la producción de pan coger y cultivos tradicionales base del sustento alimentario de la

población, lo que crea incertidumbre en cuanto a la posibilidad de autonomía alimentaria en la región. Esto sumado al hecho que se viene identificando un problema alimentario creciente para todo el país, del cual probablemente el municipio de Santander no es la excepción.

Otro elemento que nos puede dar razón parcial de la situación socioeconómica del municipio es el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas, que aunque limitado es uno de los pocos instrumentos con los que actualmente contamos. Una de las limitaciones más importantes de este indicador es que no nos puede valorar la pobreza que ha crecido más en Colombia en los últimos años y es la pobreza por ingresos, pues las tasas de desempleo crecientes, el incremento del empleo informal, la crisis de la producción agropecuarias especialmente del sector cafetero y la disminución del poder adquisitivo hace que cada día sea más difícil para los pobladores garantizar unos ingresos básicos para la reproducción del núcleo familiar. Sin embargo el indicador de pobreza por NBI nos muestra gráficamente que a nivel local el problema es muy grave. Cerca del 40% de los habitantes del municipio viven en condiciones de pobreza por la existencia de una o más de sus necesidades básicas insatisfechas y de esa proporción el 11% se encuentra en condiciones de miseria; además es evidente que la pobreza y la miseria se encuentran concentradas en el área rural, de la cual más del 50% de los habitantes viven en condiciones de pobreza.

Gráfica No 08



Fuente: Proyecciones Censo DANE 1993.

Finalmente, otro elemento que nos permite aproximarnos a las difíciles condiciones socio económicas que viven los habitantes del municipio es el Índice de Dependencia Económica, que para el municipio es de 0.78, lo que quiere decir que por cada persona en edad de trabajar (15 – 60 años) dependen económicamente 0.78 personas, lo que implica una alta dependencia económica.

5- SITUACIÓN DE ENFERMEDAD Y MUERTE

Las causas de enfermar y morir de las poblaciones están íntimamente ligadas a las condiciones de vida y de trabajo de las comunidades. Para el caso del municipio de Santander desafortunadamente contamos con muchas limitaciones en la información disponible. De un lado aún no se encuentra disponible la morbilidad de 2003 y de otro lado parece existir un subregistro de la información por varios razones, la primera es que actualmente existen muchas instituciones prestadoras de servicios de salud y la mayoría no reporta de manera oportuna o en muchos casos no se reporta; la segunda razón es que muchos habitantes no consultan a los servicios de salud y utilizan los recursos propios de sus comunidades, lo que hace que esta morbilidad e incluso algunos casos de mortalidad no tengan manera de captarse y finalmente aún hay poco desarrollo de los sistemas de información de salud, tanto del municipio como de las IPS.

Uno de los indicadores más sensibles a este tipo de subregistro de la información es la mortalidad infantil que de acuerdo a la tabla No 06 sería muy baja, incluso inferior a las notificadas por países desarrollados que han logrado tasas de mortalidad de 8 x 1000 nacidos vivos.

Tabla No 06

AÑO	TASA X 1.000 Nac. Vivos
1.992	18.42
1.993	10.42
1.994	11.30
1.995	10.00
1.996	3.70
1.997	4.25
1.998	3.77
1.999	5.00
2.000	3.29
2.001	5.63

FUENTE. Sección Información Epidemiología DDSC

En cuanto a la morbilidad del municipio, con la información que contamos, se puede afirmar de manera general que es muy semejante en todo el territorio nacional, con una alta incidencia de enfermedades infecto contagiosas como la Infección Respiratoria Aguda, la Enfermedad Diarreica Aguda, el Parasitismo Intestinal, enfermedades de los dientes y las estructuras de sostén e infecciones de la piel y el tejido celular subcutáneo. Pero por otro lado también aparecen como importantes enfermedades crónico degenerativas como la Hipertensión Arterial, Cáncer, Enfermedad Cerebro Vascular, es decir las llamadas enfermedades del desarrollo (ver tabla No 07).

Este perfil epidemiológico mezclado, producto de la pobreza y del desarrollo, se ha denominado un perfil epidemiológico de transición, es decir como si estuviéramos trasladando de una morbilidad por enfermedades infecto contagiosas hacia enfermedades propias del desarrollo. Sin embargo, otras lecturas más recientes nos muestran que no se trata de un periodo de transición epidemiológica sino de superposición de enfermedades propias del desarrollo y de enfermedades crónico degenerativas producto del deterioro de las condiciones ambientales del planeta, de la contaminación y del incremento de la expectativa de vida. En tal caso se sabe que las

patologías infectocontagiosas y las crónicas afectan con mayor severidad a la población pobre.

Tabla No 07

MORBILIDAD AÑO 2001

	2000	2001
Enf. De los dientes	2.8	25.5
IRA	7.0	9.8
Enf. De la piel	1.2	6.8
PPI	2.8	6.6
Gastritis	1.5	3.8
HTA	2.2	3.6
Anemias		2.9
ITU	2.3	2.8
Otras enf. De los org genitales	1.0	2.8
EDA	3.6	2.2
Otras	33.1	33.1

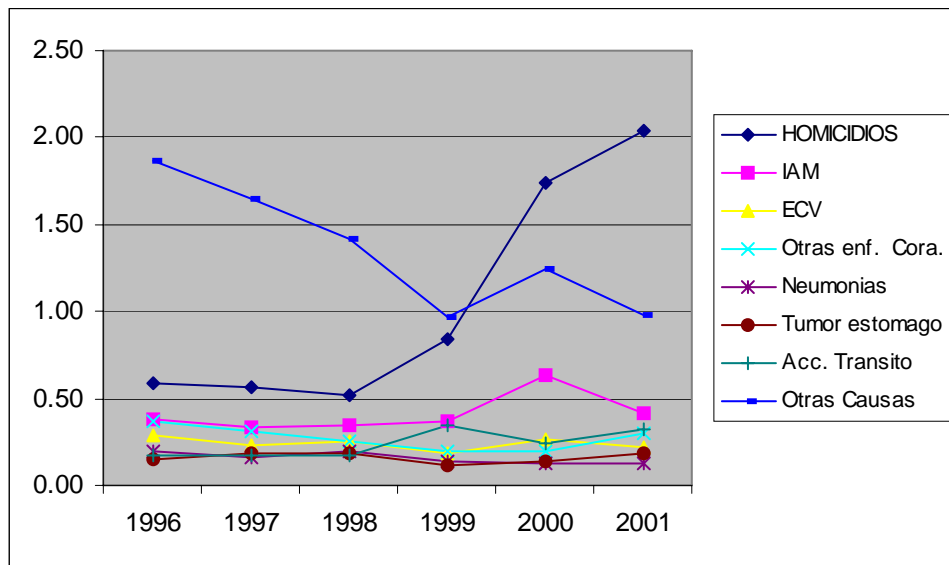
Fuente: Sistema de Información en Salud SMS

En cuanto a la mortalidad local las principales causas de muerte han sido semejantes en los últimos años, los primeros lugares han sido ocupados por los homicidios y por el Infarto Agudo de Miocardio. La tasa de mortalidad por homicidio prácticamente se ha triplicado a partir de 1999, mostrando que en el municipio la situación de violencia a empeorado, en buena medida por el recrudecimiento del conflicto armado en la zona que se ha evidencia por la lucha territorial entre guerrillas y autodefensas.

La segunda causa la ocupa el IAM, sin embargo cuando miramos las causas siguientes son enfermedades cerebro vasculares y otras enfermedades del corazón, lo que indica que la patologías cardiovasculares son la principal causa de muerte natural en el municipio. Otra causa importante de mortalidad a nivel local la representan los accidentes de transito, impacto generado en parte por el paso de la carretera panamericana en el municipio.

Finalmente llama la atención que aparecen en las primeras diez causas de mortalidad las neumonías, pues nos muestra que las enfermedades infectocontagiosas aún son una causa muy importante de morbimortalidad a nivel local.

Gráfica No 09



Fuente: Sistema de Información en Salud. Municipio de Santander de Quilichao.

6- PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO

La identificación de problemáticas de salud implica dos procesos, que aunque insipientes para el municipio, se están desarrollando, de un lado se requiere de elementos técnicos que permitan comprender la dimensión de las causas de enfermedad y muerte y de otro lado es necesario identificar las percepciones de las comunidades frente a sus propios problemas de salud.

Algunas de las limitaciones que tenemos si fundamos las decisiones de manera exclusiva en la información estadística es:

- Existe un manejo insuficiente de la información epidemiológica a nivel local, pues la información no cumple un proceso adecuado desde la recolección del dato (diagnósticos), pasando por una inadecuada circulación de los mismos y un análisis incompleto por los datos insuficientes e inoportunos
- Barreras de acceso a los servicios de salud, una gran parte de la población no accede a los servicios de salud por razones geográficas, culturales, económicas y en ocasiones como consecuencia del conflicto armado. Lo que hace que los servicios de salud no logren tener información suficiente sobre las causas de enfermedad
- Contamos con información sobre la enfermedad, mas no sobre las condiciones de salud de salud de la población, lo cual implica una perspectiva mas amplia del problema.

Por ello es necesario que a la información estadística se sume las percepciones, prácticas y creencias de las comunidades con relación a la salud. Sin embargo frente a recoger estas percepciones también nos encontramos con algunas limitaciones, la principal quizás sea la penetración de una visión medicalizante de la vida que hace que las personas piensen que su salud esta relacionada de manera exclusiva con la prestación de los servicios médicos y con ello la relación que construyen es con la enfermedad.

Por ello se intento, de manera muy incipiente aún, para hacer una lectura de los problemas de salud del municipio, reunir la información epidemiológica existente con recolección de información con algunos grupos de trabajo como representantes de la zona rural de Mondomo, jóvenes, representantes de las comunidades indígenas, grupos de la tercera edad y representantes de los discapacitados. Con cada uno de los grupos la reflexión no partió de preguntar cuales eran los principales problemas de salud (previendo que las respuestas se enfocarían sobre la enfermedad) sino lo que causaba bienestar y malestar tanto de los participantes como con sus núcleos familiares y con las comunidades (ver anexo No 01 talleres con la comunidad).

Posterior al ejercicio con estos grupos de trabajo se cruzaron los resultados con la información epidemiológica y junto con la Secretaria de Salud se realizó un proceso de priorización que tenía en cuenta cuatro dimensiones: la cobertura del problema, la intensidad para quien lo tiene, la posibilidad de solución y la relación costo/ beneficio. De esta concertación los resultados son:

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD – ENFERMEDAD

Problema	Cobertura	Intensidad	Posibilidad Mejorar	R costo/Beneficio	Total
Alta Mortalidad Materna	4	4	5	5	18
Falta de formación de los y las integrantes de los espacios de participación social en salud	5	4	5	4	18
Alta Violencia Intrafamiliar y mucho maltrato a población vulnerables (niños, niñas, tercera edad, discapacitados, mujeres)	5	5	3	3	16
Alta Mortalidad Infantil	4	4	4	4	16
Alta mortalidad perinatal por problemas de acceso de la atención a la mujer gestante	4	4	4	4	16
Alta mortalidad infantil por enfermedades infecciosas como IRA y EDA	4	4	4	4	16
Alta incidencia de embarazos no deseados, especialmente en población adolescente	4	4	4	4	16
Dificultad para el acceso a los servicios de salud por desconocimiento de los derechos y deberes	5	3	3	4	15
Desconocimiento y poca valoración de las prácticas tradicionales en salud de las comunidades	4	4	4	3	15
Alta prevelencia de enfermedades infecto – contagiosas	5	4	3	3	15

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD – ENFERMEDAD

Problema	Cobertura	Intensidad	Posibilidad Mejorar	R costo/Beneficio	Total
Mala Calidad y poca oportunidad en el abastecimiento de agua		4	4	3	3 14
Insuficiencia de producción alimentaria para el municipio		4	4	3	3 14
Alta Desnutrición infantil y materna		4	4	3	3 14
Falta de oportunidades de educación y empleo para los y las jóvenes		4	4	3	3 14
Alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares		4	4	3	3 14
Falta de formación sobre manejo de patologías específicas para población con enfermedades crónico degenerativas		3	3	4	4 14
Mala calidad de la vivienda y alto índice de hacinamiento		4	3	3	3 13
Poca organización de los jóvenes y desconocimiento de las existentes		4	3	3	3 13
Falta de fortalecimiento de las organizaciones propias de las comunidades		4	3	3	3 13
Incremento en el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en la población joven		3	4	3	3 13

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD – ENFERMEDAD

Problema	Cobertura	Intensidad	Posibilidad Mejorar	R costo/Beneficio	Total
Falta de oportunidades de empleo para discapacitados y adultos mayores	4	4	2	3	13
Ausencia de programas de reinserción laboral para discapacitados y adultos mayores	4	4	2	3	13
Falta de compromiso de los y las jóvenes con las comunidades	4	3	3	2	12
Degradación del Conflicto armada	4	4	2	1	11
Tierra insuficiente para la población	4	3	2	2	11

A partir de este proceso de priorización podemos agrupar los problemas en los siguientes:

- 1- Insuficiente formación de las comunidades para asumir el proceso de toma de decisiones: En general se encuentra un desconocimiento de la reglamentación básica del sector, de los deberes y los derechos de lo ciudadanos, de los espacios de participación social y lo que es peor aún las personas que participan de los espacios creados en salud para tal fin no tienen elementos que les permitan asumir de manera clara y coherente la responsabilidad adquirida.
- 2- Deterioro de la calidad de vida de los y las jóvenes: dado por falta de oportunidades de estudio, de trabajo, incomprensión por parte de ellos mismos de su momento vital, deterioro de las relaciones intrafamiliares, falta de espacios culturales y educativos, todo esto conduce en muchas ocasiones a ausencia de proyectos de vida y de compromiso de los jóvenes con sus comunidades. Además estas condiciones incrementan la posibilidades de consumo e sustancias psicoactivas, de embarazos no deseados y de violencia en los jóvenes.
- 3- Deterioro de las condiciones de salud mental en el municipio: que se expresa por el escalonamiento del conflicto armado, violencia intrafamiliar, diversas formas de maltrato contra los grupos más vulnerables (niñas y niños, ancianos, mujeres, discapacitados) e irrespeto a la misión médica.
- 4- Falta de apoyo para asumir la presencia de enfermedades crónica degenerativas: Por la misma perspectiva que se ha trabajado en el sector salud, con un enfoque predominantemente clínico se ha caído en la tendencia de atender las enfermedades y no los seres humanos. Para el control de la enfermedad se asume que los tratamientos con medicamentos, quirúrgicos y en algunas ocasiones de rehabilitación son suficientes, olvidando que las personas tienen temores, desconocimiento, entornos familiares y sociales que no siempre favorecen la resolución de sus enfermedades y por lo tanto es necesario que las acciones empiecen a sensibilizar y acompañar a las personas como sujetos integrales en sus respectivos contextos.
- 5- Problemática de seguridad y autonomía alimentaría: La malnutrición y la desnutrición son dos de los problemas más graves e importantes en torno a la situación de salud del municipio, pues aunque no se tiene un diagnóstico nutricional se sabe que las enfermedades carenciales ocupan un lugar importante dentro de la morbilidad. Además la estructura productiva ha hecho que la mayor proporción de las tierras agrícolas estén destinadas al cultivo e caña de azúcar y en segundo lugar al café, monocultivos que han desplazado la producción tradicional y los cultivos de pan coger. Esta situación hace que sea importante empezar a trazar estrategias que a mediano plazo garanticen un acceso a una alimentación adecuada en el municipio,
- 6- Información en salud: Como se ha mencionado anteriormente la información que existe actualmente es incompleta e insuficiente. La presencia de varias IPS tanto públicas como privadas que no asumen el reporte oportuno al municipio hace que la información no este ayudando de manera oportuna al proceso de toma de decisiones, por lo tanto es necesario superar esta situación.

7- PRINCIPIOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

1. **Participación y Concertación Comunitaria:** Dentro del contexto de la Constitución de 1991 uno de los ejes más importantes para la democratización del país y la construcción de legitimidad es la participación. El sector salud es uno de los sectores con mayor historia de procesos participativos, obviamente entendiendo esta desde diferentes perspectivas conceptuales desde aquellas que lo asumen como la simple colaboración de los ciudadanos en el desarrollo e implementación de programas hasta perspectivas más complejas que asume que los ciudadanos y las comunidades tienen conocimientos y saberes que hacen que se amplíen las perspectivas de salud institucionales y por lo tanto mejoran activamente las condiciones de salud.

Dentro del Plan de Atención Básico 2004 – 2007 uno de los ejes centrales para su desarrollo es el fortalecimiento de la participación social en el sector en todos los momentos de su desarrollo, desde la construcción, implementación, gestión, evaluación y retroalimentación. Partimos de dos elementos centrales, que en los sujetos y las comunidades existen saberes que han sido desconocidos e irrespetados tradicionalmente pero que en tradiciones milenarias han mostrado que construyen otras cosmovisiones para mantener la armonía y la salud de las comunidades; el segundo elemento es que para la construcción real y efectiva de una democracia participativa no sólo es un derecho sino un deber participar, sobre todo en los procesos claves de toma de decisiones y evaluación y veeduría de las acciones y los recursos y que las instituciones que hacen parte del Estado deben proporcionar a los ciudadanos todos los elementos necesarios para que su participación sea efectiva.

2. **Transparencia en el manejo de los recursos:** El segundo principio clave de este PAB es el manejo transparente de los recursos. Los recursos del PAB son recursos públicos y como tal corresponden a todos los ciudadanos del municipio. Por ello, y aunque parezca innecesario decirlo, los recursos públicos se deben manejar con transparencia y no ser objeto de usos inadecuados. Uno de los retos y las obligaciones de este PAB es que el 100% de los recursos se usen de acuerdo
3. **Veeduría y control social sobre las acciones y los recursos del PAB:** Como lo pretenden las normas nacionales, es necesario que los proyectos de inversión del Estado estén bajo la evaluación de las comunidades. Para ello es necesario que los representantes de las comunidades cuenten con elementos básicos que les permitan ejercer sus funciones como veedores ciudadanos.
4. **Respeto por las prácticas y tradiciones de los diferentes grupos étnicos:** Una de las facetas importantes que actualmente vivimos con el proceso de globalización es la recuperación y validación de la diversidad cultural de nuestro planeta. En este sentido el municipio de Santander de Quilichao es privilegiado,

pues alberga en su seno tradiciones y prácticas milenarias producto de la presencia de comunidades indígenas, negras y campesinas.

Por ello el PAB se plantea el respeto absoluto por la cultura en la salud y la vida que han desarrollado sus diferentes comunidades. Quizás la tradición cultural en salud que más se ha estudiado es la de las comunidades indígenas paeces; las tradiciones de comunidades negras y campesinas son más desconocidas, por ello el PAB dentro de la estrategia de investigación se ha planteado empezar un proceso de acercamiento e indagación de la cultura en salud de las comunidades campesinas y negras del municipio.

5. **Equidad con las diferentes comunidades en las acciones y distribución de los recursos:** El PAB planteado intentará ser equitativo en la distribución de las acciones y en la distribución de los proyecto de acuerdo a las necesidades y las acciones y grupos prioritarios.

Para lograr mayores niveles de equidad inicialmente es importante que las acciones se desarrollen en el área rural ya que tradicionalmente han priorizado la cabecera urbana y por otro lado un elemento que garantiza equidad es que las acciones se desarrollen que equipos humanos idóneos que tengan capacidad técnica para implementar los proyectos planteados, de hacerlo de otra manera no se garantizaría equidad y se despilfarrarían los recursos de las acciones de salud pública.

6. **Intersectorialidad en el desarrollo de las acciones de salud pública:** Uno de los avances de la salud pública es reconocer que para solucionar el problema sanitario no es suficiente con las intervenciones tradicionales que se han desarrollado desde el sector de la salud, sino que para poder mejorar la situación de salud es necesario sumar los saberes y los recursos de otros sectores y de diversas disciplinas que desde sus miradas de lo sanitario ayuden a complejizarlo y construir salidas que junto a los saberes populares encuentren nuevos senderos para mejorar.

8- POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA PARA EL MUNICIPIO

La complejidad del proceso salud – enfermedad hace que para mejorar las condiciones de salud de los habitantes del municipio sea necesario construir intervenciones de carácter intersectorial e interdisciplinario, pues como se identifica desde los principios de este PAB es necesario sumar saberes y haceres para mejorar las condiciones de salud de las comunidades, por ello las políticas de salud planteadas no solo corresponden intrínsecamente al sector de la salud sino que muchas de ellas requieren la acción prioritaria de otros sectores como educación, infraestructura, producción, cultura y deporte

- 1. Mejoramiento de la calidad y cobertura del agua para el consumo humano:** Una de las prioridades que se ha planteado tanto el Plan de Gobierno como el Plan de Desarrollo Municipal es mejorar la cobertura y la calidad de agua para el consumo humano, lo cual favorecerá especialmente la disminución de enfermedad diarreica aguda y con ello la morbimortalidad infantil.
- 2. Mejoramiento de las condiciones de la vivienda para las familias:** Uno de los factores de riesgo más importante para la salud de las familias es la mala calidad de la vivienda, lo que incluye la falta de acceso a los servicios públicos básicos, el inadecuado manejo de los residuos sólidos y el hacinamiento, especialmente hacinamiento crítico. Estas condiciones favorecen la transmisión de IRA, TBC, Hansen y condiciones de maltrato y violencia intrafamiliar. Por ello es necesario trabajar desde todos los sectores para mejorar las condiciones y la calidad de la vivienda en el municipio.
- 3. Mejoramiento de los sistemas de información en salud:** El proceso de toma de decisiones en salud debe basarse en información óptima, uno de los principales problemas del SGSSS es que se ha priorizado la información de facturación sobre la epidemiológica, así hoy las decisiones no se fundamentan en información completa y oportuna sino mas en fragmentos de información y en coyunturas que visualizan parcialmente algunos problemas. Por ello es imprescindible mejorar la información a nivel local para mejorar la calidad en la toma de decisiones.
- 4. Priorización para la participación y formación de las mujeres como agentes generadores de vida:** En los procesos de participación social en salud generalmente las mujeres han sido agentes activos, pues la mujer históricamente ha jugado un papel fundamental en la protección y el cuidado de las personas más vulnerables (niños, ancianos, enfermos) lo que hace que siga siendo prioritario reconocer y potenciar este rol afectivo protector al interior de la sociedad. Además algunos estudios indican que ha mayores niveles de educación de la mujer se mejoran más las condiciones de salud especialmente de la población infantil.

5. **Acompañamiento en la construcción de los proyectos de vida para la población joven:** Dentro de los problemas de salud más importantes y que más preocupan al conjunto de la sociedad son los relacionados con las condiciones de salud de la población preadolescente y adolescente, pues problemas como el incremento de los embarazos entre la población adolescente, el inicio temprano de una vida sexual, el inicio temprano del consumo de cigarrillo y de sustancias psicoactivas hacen muy compleja la situación de salud de este grupo. Algunos sondeos con población joven muestran un incremento de la desesperanza por falta de oportunidades laborales y educativas, la preguntas son muchas frente a como ayudar a mejorar las condiciones de salud de los jóvenes pues no ha sido suficiente la existencia de programas de educación sexual en los colegios, ni la información que se ha transmitido a través de los servicios de salud de manera individual y colectiva ni la utilización de los programas de radio y televisión para informar; todo indica que es necesario buscar nuevas formas de acercamiento que tengan en cuenta lo que piensan y sienten los y las jóvenes.
6. **Mejoramiento de las condiciones de salud mental de la población del municipio:** Otro de los problemas prioritarios que se ha incrementado en los últimos años son los relacionados con las diferentes formas de violencia, desde el conflicto armado que muestra un escalonamiento especialmente en la zona norte del departamento del Cauca, hasta las diversas formas de violencia cotidiana contra la población más vulnerable como los niños, los adultos mayores, los discapacitados y las mujeres.
7. **Fortalecimiento de las acciones de salud pública con población vulnerable:** Es necesario mejorar la calidad del conjunto de acciones de salud pública que se desarrollan en el municipio, garantiza que en lo posible anticipen los problemas de enfermedad y no solamente respondan a coyunturas epidemiológicas.
8. **Generación de procesos investigativos en torno a la salud pública en el municipio:** Aunque se reconoce que los recursos de salud pública han disminuido por parte del Estado, esto no es razón suficiente para comprender el deterioro de la calidad de las acciones de salud pública en el país, también es necesario pensar que en este momento no contamos con análisis actuales de lo que ocurre en esta área y menos con análisis particulares de las realidades locales, mas bien continuamos implementando modelos generales sin contar con evaluaciones de las inversiones realizadas. En este momento debe ser prioridad del PAB municipal empezar procesos investigativos que nos ayuden a comprender los fenómenos particulares de salud pública en lo local.

9- OBJETIVOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BASICA MUNICIPAL

Objetivos Generales:

1. Aportar a mejorar las condiciones de salud de los habitantes del municipio partiendo de los procesos de concertación, de participación, de eficiencia, de equidad y de transparencia de la gestión pública.
2. Mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de salud pública a nivel local de manera tal que la salud pública se convierta en un instrumento real de mejoramiento de las condiciones de salud de los grupos poblacionales.

Objetivos Específicos:

1. Fortalecer y cualificar los procesos de participación social en salud en el municipio.
2. Apoyar los procesos organizativos en salud de los diferentes actores locales – jóvenes, grupos de adultos mayores, discapacitados, indígenas, negritudes, campesinos.
3. Realizar por lo menos un proceso de investigación en salud pública al año.
4. Disminuir la morbimortalidad evitables, especialmente mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad perinatal, mortalidad por violencia.
5. Identificar la magnitud del problema de violencia intrafamiliar en el municipio.
6. Mejorar los sistemas de información en salud a nivel local durante todo el proceso
7. Fortalecer la formación de las mujeres como gestoras de vida.

10- FICHA DE IDENTIFICACION DE PROYECTOS DE INVERSION DEL DEPARTAMENTO

10.1 PROYECTO MUNICIPIO SALUDABLE POR LA PAZ FIPID

1. IDENTIFICACION

CODIGO BPID DEL PROYECTO :	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
ENTIDAD RESPONSABLE :	ALCALDIA MUNICIPAL		
NOMBRE DEL PROYECTO :	SANTANDER DE QUILICHAO <i>MUNICIPIO SALUDABLE POR LA PAZ</i>		
ENTIDAD SOLICITANTE :	SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD		

2. CLASIFICACION DEL PROYECTO

Entidad Territorial	Sector	Sub-sector	Programa	Subprograma	Tipo de Proyecto	Etapa Actual	Próxima Etapa
Nación							
Departamento							
Municipio	Oficial	Salud	P Y P	Educación y Participación	PAB	Preinversión	Inversión

3. LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL PROYECTO

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LOCALIDAD
CAUCA	SANTANDER DE Quilichao	ZONA URBANO-RURAL

4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

4.1. Identificación y presentación del problema

Bien sabemos que los diferentes indicadores de morbimortalidad a nivel del país han venido mostrando un franco detrimento en términos de la calidad, lo que siembra la alarma sobre el sector salud frente a su que hacer.

Los avances tecnológicos que ha tenido la medicina durante estos decenios a pesar que han mostrado un gran impacto alrededor de la mortalidad siguen siendo ineficiente para disminuir la morbilidad, especialmente en los llamados países del tercer mundo donde aún prevalecen de manera significativa enfermedades infecto contagiosas, inmunoprevenibles y todas aquellas relacionadas con las diferentes expresiones de la violencia – para estas últimas causas el caso colombiano es muy peculiar – demostrando que la transformación de los perfiles epidemiológicos no dependen exclusivamente de los avances en la medicina, sino, como se ha descrito desde el siglo XIX, la calidad de la salud de una población esta íntimamente ligada a las condiciones de vida y de trabajo así como al acceso a los diferentes servicios de bienestar ofertados por el Estado y en general por la sociedad moderna y al respeto por las prácticas y tradiciones de las comunidades, lo que debe permitir, en un proceso de construcción colectiva, replantear el sistema de salud local (donde la prestación de los servicios de salud es solo un elemento más).

Sabemos que las acciones emprendidas por el sector salud de manera exclusiva son claramente insuficiente para mejorar nuestras condiciones de salud, por ello se hace necesario construir estrategias de intervención intersectorial que permitan que los diferentes recursos del sector público trabajen de manera prioritaria por mejorar las condiciones de vida de los habitantes y de esta manera lograr un mejoramiento real en las condiciones de salud de los municipios, así mismo es necesario involucrar al sector privado para que realice reinversión en términos sociales y comprometerlos con el bienestar de aquellas poblaciones donde se encuentra inscrita su función productiva.

Además es fundamental involucrar a los diferentes miembros de la comunidad, para que a partir de un reconocimiento y conocimiento consiente de sus problemas puedan concertar con los demás actores sociales alcanzando niveles de empoderamiento que les permitan ser interlocutores válidos en un proceso de concertación democrática con los demás sectores.

Población Total Afectada: 75.000

4.2. Objetivo del Proyecto

- Contar con información oportuna para el proceso de toma de decisiones en salud.
- Iniciar procesos de sensibilización y concertación entre los diferentes actores en una estrategia de municipio saludable: educación, administración municipal, sector agropecuario, saneamiento básico, comunidad y sector salud para construir las raíces que permitan que Santander de Quilichao, en el largo plazo, se convierta en un municipio saludable por la paz.
- Fortalecer la participación y el empoderamiento de las mujeres desde lo local, para que se potencie su labor como gestoras de vida
- Fortalecer el empoderamiento de los miembros de los espacios de participación social en salud
- Ganar un espacio de reflexión en torno al respeto del Derecho Internacional Humanitario y específicamente la protección de la Misión Médica.
- Disminuir la morbilidad materna e infantil en el municipio.
- Fortalecer a los promotores de salud como líderes de sus comunidades.

5. DESCRIPCION ALTERNATIVA DE SOLUCION

5.1. Aspectos Generales y Técnicos

Teniendo en cuenta que el año 2004 es un año de cambios político administrativos a nivel de los entes territoriales se hace necesario plantear un proceso cercano de sensibilización con los nuevos miembros de la administración municipal, de manera tal que se empiecen a consolidar las bases para que en los próximos años se logren mejores niveles de coordinación intersectorial que permitan la construcción en el largo plazo de la estrategia de municipio saludable, así como el compromiso político de destinar recursos tanto municipales como del PAB departamental para el impulso de esta estrategia. Por ello, y teniendo en cuenta que la descentralización posibilita a las Secretarías Municipales de Salud la coordinación del sector se iniciarán acciones para trabajar alrededor de esta estrategia.

Para iniciar el trabajo se plantea durante la presente vigencia del PAB iniciar las siguientes acciones:

1. Iniciar la construcción teórica y metodológica de una línea de base que posibilite el diseño de indicadores medibles, tanto cualitativos como cuantitativos, que permitan contar con parámetros de comparación para el mediano y largo plazo.
2. Sensibilizar a las diferentes organizaciones e instituciones locales frente a la estrategia de municipio saludable.
3. Sensibilizar y lograr compromisos políticos con los nuevos miembros de la administración municipal frente a la estrategia de municipio saludable.
4. Sensibilizar a los líderes de las comunidades, especialmente a las mujeres, para que participen de la construcción colectiva de mejores condiciones de vida para sus comunidades.
5. Sensibilizar a instituciones de salud, instituciones municipales y diversos actores locales sobre la necesidad de garantizar el respeto a la misión médica
6. Iniciar un proceso de investigación que permita conocer las prácticas y creencias de las comunidades negras y campesinas frente a la salud – enfermedad.
7. Capacitar a los miembros de los espacios de participación social en el municipio, para que participen de una manera más consiente y activa de las decisiones sectoriales.
8. Fortalecer la estrategia AIEPI, tanto institucional como comunitaria
9. Capacitar a los líderes comunitarios, especialmente a las mujeres, para que asuman un rol más activo frente a la mejoría de la salud de sus comunidades.

Para el desarrollo de estas actividades se contará con la investigación participativa, con la estrategia IEC, pero especialmente con el componente de educación como construcción colectiva de haceres y saberes que permitan la deconstrucción y la construcción de nuevas alternativas colectivas para el desarrollo de la vida.

5.2. Resultados esperados

DESCRIPCION DE RESULTADOS	META
Sensibilización a los miembros de la nueva administración municipal sobre la estrategia de municipio saludable.	3 Talleres.
Capacitación a los docentes sobre la estrategia de municipio saludable	2 talleres
Talleres de sensibilización a los miembros de la comunidad, especialmente organizaciones, juntas de acción comunal, espacios de participación social en salud	10 talleres
Construcción línea de base municipio saludable, con reflexión con las comunidades	Línea de base consolidada
Organización, capacitación y formación de grupos de gestores de vida en 11 procesos en la zona rural	11 procesos
Fortalecimiento del Comité de Política Social	Comité Fortalecido
Formación de lo miembros de los espacios de participación social en salud	Asociaciones de Usuarios, Copacos y CMSSS Fortalecidos y Operando
Investigación sobre prácticas y creencias en salud en comunidades negras y campesinas en el municipio de Santander	Investigación Realizada y Resultados Publicados
Fortalecimiento de la estrategia AIEPI en el municipio	IPS públicas con estrategia AIEPI operando y 11 zonas rurales con estrategia AIEPI comunitaria operando
Mejoramiento de las coberturas de vacunación	Coberturas optimas de PAI
Formación de los promotores de salud como líderes comunitarios	Promotores fortaleciendo procesos comunitarios
Capacitación y formación a los diferentes actores locales sobre respeto al DIH y respeto a la Misión Médica	5 talleres
Eventos culturales masivos de divulgación de las normas de DIH y respeto a la misión médica	3 eventos
POBLACION TOTAL BENEFICIADA:	75.000

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Duración del Proyecto

Meses

Iniciación del Proyecto

Mes

Año

Terminación del Proyecto

Mes

Año

Componentes y/o Actividades	Unidad	Cantidad	Costo Total	Meses											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Construcción de línea de base de municipio saludable	Línea de base construida	1	5000	X	X	X	X	X	X	X	X				
Construcción definición y aplicación de indicadores	Indicadores definidos y aplicados	1	2500	X	X	X	X	X	X	X	X				
Talleres de formación a instituciones y comunidad sobre la importancia de la información en salud	Taller	3	4000		X		X		X						
Información analizada y divulgada	Boletín	1	2000								X				
Talleres de sensibilización a docentes, administración municipal, miembros de instituciones y proceso con comunidad	Talleres realizados	12	6000												
Comité de Política Social fortalecido y operando	Comité fortalecido	1	1000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Componentes y/o Actividades	Unidad	Cantidad	Costo Total	Meses											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Medios masivos de comunicación	Programas radiales	3	3000		X	X		X	X	X					
IPS públicas con estrategia AIEPI operando	AIEPI operando en IPS	3	1750		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estrategia AIEPI funcionando y operando en 11 zonas rurales	AIEPI comunitario funcionando	11	5000		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vacunación casa a casa en el municipio	Coberturas óptimas de PAI	95%	10000		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acercamiento con parteras IPS indígenas y adecuación de programas	Eventos realizados	4	4000			X	X			X	X	X			
Formación y capacitación de miembro de espacios de participación social en salud	Grupos activos y formados	7	5500	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Componentes y/o Actividades	Unidad	Cantidad	Costo Total	Meses											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Investigación sobre prácticas y creencias de salud de	Investigación realizada y publicada	1	6000			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

comunidades negras y campesinas															
Organización y capacitación de grupos gestores de vida en el área rural	Grupos organizados, formados y funcionando	11	5000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formación de promotores de salud del municipio	Promotores formados	70%	3500		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diseño y formación de grupos de gestores de vida para prevención y detección de la violencia intrafamiliar	Grupos de gestoras de vida capacitadas y operando en sus zonas	11	6000			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formación a actores institucionales sobre DIH y respeto a la misión médica	Talleres realizados	3	3000				X			X				X	
Eventos de divulgación del DIH y respeto a la misión médica	Eventos Realizados	3	2310						X		X		X		
COSTO TOTAL DEL PROYECTO			75560												

RESPOSABLE:

LUCY AMPARO GUZMAN
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

7. DILIGENCIAMIENTO

Funcionario Responsable : LUCY GUZMAN

Cargo : SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD

Institución : SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD

Teléfono : 829 4084 Ciudad SANTANDER DE QUILICHAO Fecha MARZO 2004

LUCY AMPARO GUZMAN GONZALEZ
SECRETARIA DE SALUD

FICHA DE IDENTIFICACION DE PROYECTOS DE INVERSION DEL DEPARTAMENTO

10.2- CON LA JUVENTUD QUILICHAGUEÑA FIPID

--

1. IDENTIFICACION

CODIGO BPID DEL PROYECTO :	□	□	□	□	□	□
ENTIDAD RESPONSABLE : ALCALDIA MUNICIPAL						
NOMBRE DEL PROYECTO: SANTANDER DE QUILICHAO CON LA JUVENTUD QUILICHAGUEÑA						
ENTIDAD SOLICITANTE : SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD						

2. CLASIFICACION DEL PROYECTO

Entidad Territorial	Sector	Sub-sector	Programa	Subprograma	Tipo de Proyecto	Etapa Actual	Próxima Etapa
Nación							
Departamento							
Municipio	Oficial	Salud	P Y P	Educación y Participación	PAB	Preinversión	Inversión

3. LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL PROYECTO

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LOCALIDAD
CAUCA	SANTANDER DE Quilichao	ZONA URBANO-RURAL

4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

4.1. Identificación y presentación del problema

Uno de los problemas que viene alertando a los servicios de salud y a las autoridades locales es el deterioro de las condiciones de salud de la población preadolescente, adolescente y adultos jóvenes.

Lo que con mayor frecuencia encontramos en términos de salud – enfermedad de los jóvenes es el incremento de la mortalidad por homicidios, pues en medio del conflicto armado uno de los grupos más vulnerables son los hombres jóvenes cuya tasa de muerte por homicidio es una de las más altas del mundo. En segundo lugar preocupa a los sectores de salud y otros interesados en los jóvenes como educación y sobre todo a los núcleos familiares el incremento de embarazos en adolescentes. Algunos estudios han mostrado que no es suficiente con conocer los métodos de planificación familiar sino que además se requiere hacer una nueva lectura de este momento vital que nos permita comprender como se están construyendo las representaciones sobre la sexualidad de los jóvenes, sus roles frente a la condición de género y la definición que hacen de sus proyectos de vida.

Un sondeo inicial con un grupo de jóvenes del municipio nos permitió identificar algunos ejes problemáticos para ellos. El principal problema que identifican es la falta de oportunidades de empleo, seguido de la falta de oportunidades y calidad de la educación, luego los problemas de embarazo en adolescentes, el consumo de sustancias psicoactivas, las enfermedades de transmisión sexual y la poca participación y organización de los y las jóvenes.

En términos generales esta problemática estaba atravesada por dos elementos grandes, en primer lugar, una falta de comprensión de lo que es y significa este momento vital, y en segundo lugar, un deterioro de las relaciones intrafamiliares, especialmente una difícil situación de comunicación con los padres de familia.

Este grupo de jóvenes identificaba la necesidad de organizar los jóvenes, trabajar en formación pero a partir de experiencias recreativas, lúdicas y afectivas y sobre todo hacían mucho énfasis en la necesidad de trabajar con padres de familia y docentes.

Por todo lo anterior es necesario, desde las acciones de salud pública reconocer la dimensión del problema de salud – enfermedad de los jóvenes y dimensionar nuevos enfoques que nos permitan encontrar otros caminos para construir condiciones de salud con ellos

Población Total Afectada: 75.000

4.2. Objetivo del Proyecto

- Identificar y fortalecer los grupos de jóvenes que existen actualmente en el municipio.
- Organizar y desarrollar un plan de fortalecimiento de los y las jóvenes con su participación
- Disminuir los embarazos en adolescentes en un 10%
- Disminuir la incidencia de ETS
- Disminuir el consumo de sustancias psicoactivas y retardar el inicio de uso del cigarrillo.
- Identificar como se da la construcción de imaginarios sobre salud sexual y la definición de roles de genero.

5. DESCRIPCION ALTERNATIVA DE SOLUCION

5.2. Aspectos Generales y Técnicos

Las actividades para cumplir los objetivos del proyecto se desarrollarán en dos frentes. De un lado, se trabajara con los jóvenes de los grupos organizados (juveniles, religiosos, culturales, deportivos, ecológicos, etc) para construir con ellos dos procesos paralelos, el primero, el fortalecimiento como grupo con proyectos colectivos de trabajo y el segundo, la construcción de un plan de acción para desarrollar con los jóvenes, donde ellos tengan la oportunidad de proyectarse como líderes juveniles el municipio.

De otro lado, se realizaran actividades masivas que permitan mejorar la información que puedan tener los jóvenes sobre sus condiciones de salud y vida a través de un programa radial e emisión semanal, organización de actividades deportivas que incentiven el encuentro de los jóvenes, la definición de un espacio de cine foro semanal y la realización de eventos culturales y simbólicos de impacto masivo que sensibilicen tanto a los jóvenes como a la comunidad en general de los principales problemas de este momento vital.

Con los jóvenes metodológicamente se trabajara con base a las experiencias vitales individuales y colectivas, sobre las cuales se pueda hacer una reflexión y un proceso de construcción de nuevas formas de relacionarse. Para ello es importante respetar las historias de los diferentes colectivos culturales, étnicos a los cuales se pertenezca, pero además es importante crear los espacios para el dialogo intercultural entre los jóvenes, y con relación a los adultos, construir un dialogo intergeneracional.

5.2. Resultados esperados

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	META
Identificación y acercamiento a los grupos juveniles que existan en el municipio	100% de los grupos identificados y contactados
Fortalecimiento de los procesos de los diferentes grupos juveniles	60% de los grupos fortalecidos y con trabajo de proyección hacia las comunidades
Mesas de trabajo con jóvenes del municipio para la construcción de un plan de acción para y con los jóvenes	Plan de acción participativo operando
Diseño y realización de un programa radial para los jóvenes	70% del año programa radial emitido
Realización de encuentros deportivos para una vida sana	1 encuentro al año
Realización Cine Foro o Teatro Foro semanal	80% de las semanas del año con cine foro/ teatro foro
Realización de eventos culturales masivos relacionados con fechas importantes: día prevención SIDA, día de los niños y las niñas, día de la mujer, día del hombre, día de la salud.	5 eventos culturales masivos realizados por año
Investigación sobre construcción de roles de genero e identificación sexual entre los y las jóvenes del municipio de Santander de Quilichao	Investigación realizada
POBLACION TOTAL BENEFICIADA:	75.000

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Duración del Proyecto
Meses

Iniciación del Proyecto

Mes Año

Terminación del Proyecto

Mes Año

Componentes y/o Actividades	Unidad	Cantidad	Costo Total	Meses												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Identificación y acercamiento a grupos juveniles existentes en el municipio	Grupo identificados y contactados	100%	4000		X	X										
Acompañamiento y fortalecimiento de los procesos de los grupos juveniles	Grupo acompañado y fortalecido	60%	10000			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mesas de trabajo para la construcción participativa de plan de acción	Plan de acción elaborado y concertado	1	8500			X	X	X								
Diseño e implementación de programa radial para los jóvenes	Programa emitiéndose	70% del año	7000				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realización de encuentros deportivos para una vida sana	Encuentros deportivos realizados	3 al año	6000												X	

Componentes y/o Actividades	Unidad	Cantidad	Costo Total	Meses											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realización de cine foro para jóvenes	Cine foro semanal	80% de las semanas	8000			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realización de eventos masivos culturales	Eventos masivos realizados	6	10000					X		X		X		X	X
Diseño y realización de la investigación: construcción de los roles de genero e identificación sexual entre los y las jóvenes del mpio de Stder de Quilichao	Investigación realizada	1 investigación	6500			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
COSTO TOTAL DEL PROYECTO			60000												

**RESPONSABLE: LUCY AMPARO GUZMAN
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**

7. DILIGENCIAMIENTO

Funcionario Responsable : LUCY GUZMAN

Cargo : SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD

Institución : SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD

Teléfono : 829 4084 Ciudad SANTANDER DE QUILICHAO Fecha MARZO 2004

LUCY AMPARO GUZMAN GONZALEZ
SECRETARIA DE SALUD

FICHA DE IDENTIFICACION DE PROYECTOS DE INVERSION DEL DEPARTAMENTO

10.3- FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA FIPID

Registro

1. IDENTIFICACION

CODIGO BPID DEL PROYECTO :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENTIDAD RESPONSABLE :	ALCALDIA MUNICIPAL					
NOMBRE DEL PROYECTO:	FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA					
ENTIDAD SOLICITANTE :	SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD					

2. CLASIFICACION DEL PROYECTO

Entidad Territorial	Sector	Sub-sector	Programa	Subprograma	Tipo de Proyecto	Etapas Actual	Próxima Etapa
Nación							
Departamento							
Municipio	Oficial	Salud	P Y P	Vigilancia Epidemiológica	PAB	Preinversión	Inversión

3. LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL PROYECTO

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LOCALIDAD
CAUCA	SANTANDER DE Quilichao	ZONA URBANO-RURAL

4. DESCRIPCION DEL PROYECTO

4.1. Identificación y presentación del problema

La última década ha visto resurgir un considerable número de patologías que se creían controladas como la Tuberculosis, la enfermedad de Hansen, y el incremento de patologías como el SIDA.

Esto sumado al deterioro de las condiciones de vida propias del proceso de empobrecimiento que ha vivido el país en las últimas décadas obliga a fortalecer la vigilancia epidemiológica dentro de las responsabilidades propias de los procesos de descentralización político – administrativa en salud.

Igualmente los altos índices de mortalidad evitable como mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad infantil y la disminución sistemática de las coberturas del programa ampliado de inmunizaciones son factores adicionales que nos obligan a reorientar las acciones de vigilancia epidemiológica de tal manera que se puedan prevenir, identificar y controlar oportunamente patologías potencialmente riesgosas para la salud de las población de Santander de Quilichao.

Población Total Afectada: 75.000

4.2. Objetivo del Proyecto

- Mejorar la calidad de la información epidemiológica desde las fases de recolección de los datos hasta su análisis.
- Implementar y garantizar la realización del Comité de Vigilancia Epidemiológica
- Garantizar coberturas óptimas de vacunas en el municipio
- Formar a los habitantes del municipio en técnicas domésticas para el manejo del agua para el consumo humano y manejo de residuos sólidos
- Incrementar la búsqueda de casos de sintomáticos respiratorios, ETS, sintomáticos de piel
- Garantizar la vigilancia epidemiológica del 100% de las patologías del SIVIGILA.

5. DESCRIPCION ALTERNATIVA DE SOLUCION

5.3. Aspectos Generales y Técnicos

La prioridad del proyecto de fortalecimiento del área de vigilancia epidemiológica es en primer lugar garantizar la oportunidad y la calidad de la información del SIVIGILA, de tal manera que permita oportunamente realizar el análisis y tomar las medidas indispensables para controlar los posibles brotes de enfermedades infecto – contagiosas o de alto riesgo para la salud del público.

El segundo elemento a tener en cuenta es que en aras de fortalecer la Vigilancia Epidemiológica, esta se hará con participación de las comunidades y aprovechando lo logrado con los otros proyectos PAB se realizara con promotores de salud y con grupos organizados gestores de vida.

La tercera estrategia importante es la búsqueda activa de casos de interés en salud pública como TBC, Hansen, Cáncer de Cuello Uterino, los brotes de enfermedades eruptivas, igualmente se fortalecerá el seguimiento de los accidentes rábicos.

Finalmente, a través de este proyecto es importante, como uno de los principales factores de riesgo en salud pública abordar el problema el agua, desde la reflexión de la situación hasta el manejo del agua a nivel doméstico y de los residuos sólidos a nivel familiar.

5.2. Resultados esperados

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	META
1. Lograr información del SIVIGILA de manera oportuna de parte del 100% de las IPS públicas del municipio y por lo menos el 50% de las IPS privadas.	100% de IPS públicas reportando semanalmente 50% de IPS privadas reportando semanalmente
2. Realización del COVE de manera semanal	COVE realizado el 95% de las semanas epidemiológicas
3. Incrementar el Diagnóstico de TBC a nivel local	Incremento del 30% del diagnóstico de TBC en el municipio
4. Garantizar vigilancia epidemiológica en el 100% de los casos requeridos de manera oportuna	100% de las patologías que requieren vigilancia con su respectivo seguimiento y visita de campo
5. Reflexión y difusión sobre el problema del agua y del manejo de residuos sólidos en el municipio	80% de la población informada sobre el problema del agua

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	META
6. Formación de gestores de vida en vigilancia epidemiológica comunitaria	100% de los grupos gestores de vida capacitados sobre vigilancia epidemiológica comunitaria
7. Formación de promotores de salud sobre vigilancia epidemiológica	100% de los promotores del municipio capacitados sobre vigilancia epidemiológica
8. Mejorar las coberturas de vacunación en el municipio	Coberturas del PAI en 95%
POBLACION TOTAL BENEFICIADA:	75.000

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Duración del Proyecto
Meses

Iniciación del Proyecto

Mes

Año

Terminación del Proyecto

Mes

Año

Componentes y/o Actividades	Unidad	Cantidad	Costo Total	Meses											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Diseño e implementación de mecanismos que permitan la recolección oportuna de la información del SIVIGILA	IPS reportando semanalmente	100% de IPS públicas 50% de IPS privadas	2500	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. COVE interinstitucional y comunitario funcionando	% de COVE realizados al año	95% de las semanas epidemiológicas con COVE realizado	500	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Búsqueda activa de casos de TBC	Incremento en diagnostico TBC	30% de incremento del Dx.	500	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Vigilancia epidemiológica sobre las patologías que lo requieran	Estudios de campo y seguimiento de patologías requeridas	100% de los casos	1000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Componentes y/o Actividades	Unidad	Cantidad	Costo Total	Meses											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5. Realización de teatro foro sobre el problema del agua y de los residuos sólidos	No de teatro foro realizado	50	2500				X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Formación de gestores de vida en vigilancia epidemiológica comunitaria	% de grupos gestores de vida formados	100% de los grupos	500				X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Formación de promotores de salud en vigilancia epidemiológica	Promotores de salud formados y notificando	100% de los promotores del opio	1000						X	X	X	X	X	X	X
8. Implementación de experiencias pilotos de filtros de agua caseros y de manejo doméstico de residuos sólidos	Experiencias demostrativa	20	2000						X	X	X	X	X	X	X
9. Definición e implementación de estrategias de vacunación en el municipio	Coberturas de vacunación logradas	95%	5500	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

COSTO TATAL DEL PROYECTO			16000														
-------------------------------------	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**RESPONSABLE: LUCY AMPARO GUZMAN
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**

7. DILIGENCIAMIENTO

Funcionario Responsable : LUCY

Cargo : SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD

Institución : SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD

Teléfono : 8 29 4084 Ciudad SANTANDER DE QUILICHAO Fecha MARZO 2004

LUCY AMPARO GUZMAN GONZALEZ
SECRETARIA DE SALUD