

**PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR PARA  
LA POBLACIÓN RURAL DE LA VEREDA DE PRAGA DEL MUNICIPIO  
DE AIPE-HUILA**

**ALEXANDRA ANDRADE ARCINIEGAS  
PSICÓLOGA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL**

**NEIVA**

**2005**

**PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR PARA  
LA POBLACIÓN RURAL DE LA VEREDA DE PRAGA DEL MUNICIPIO  
DE AIPE-HUILA**

**ALEXANDRA ANDRADE ARCINIEGAS**

**PSICÓLOGA**

Tesis de grado presentada para  
optar al título de especialista  
en salud familiar integral

Director  
CICERON CUCHIMBA PATIO

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL**

**NEIVA**

**2005**

**... Nota de aceptación**

---

---

---

---

**Presidente del jurado**

---

**Jurado**

**Ciudad,** \_\_\_\_\_

---

**Jurado**

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	8
1. MARCO CONCEPTUAL	11
2. JUSTIFICACIÓN	24
3. METODOLOGÍA	25
4. OBJETIVOS	27
4.1 GENERAL	27
4.2 ESPECÍFICOS	27
5. UBICACIÓN	28
6. POBLACIÓN OBJETO	29
7. COMPONENTES DEL PROYECTO	30
8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CONTEXTO	31
8.1 CARACTERÍSTICAS TERRITORIALES	31
8.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	32
8.3 VIVIENDA Y COMUNICACIONES	32
8.4 ASPECTOS ECONÓMICOS	33
8.5 EDUCACIÓN Y CULTURA	33
8.6 VIOLENCIA SEGURIDAD Y ORDEN PUBLICO	34
8.7 CALIDAD DE VIDA	35
8.7.1 Desnutrición global	36

8.7.2 desnutrición crónica	36
8.7.3 desnutrición aguda	37
8.8 NIVEL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	37
8.8.1 Panorama de riesgo ambiental	37
8.8.2 Factores de riesgos asociados a la alimentación	38
9. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	39
9.1 PERFIL DE LA MORTALIDAD	39
9.2 PERFIL DE LA MORBILIDAD	40
9.3 OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA EN SALUD PUBLICA	41
9.3.1 Discapacitados	41
9.3.2 Eventos relacionados con el comportamiento y las relaciones humanas	42
9.3.2.1 Instituciones receptoras	42
9.3.3 Pandillismo	44
9.3.4 Prostitución	44
9.3.5 Alcoholismo	44
9.3.6 Otros	44
10. ANÁLISIS FINANCIERO	45
10.1 INGRESOS	45
10.2 ANÁLISIS COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE INGRESOS	45
10.3 PROYECCIONES TENDENCIALES DE INGRESOS	46
10.4 PLAN DE INVERSIONES	47
10.5 PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES	48
11. ANÁLISIS DOFA	50

12. FORMULACIÓN DEL PLAN	51
12.1 LÍNEAS DE ACCIÓN	51
12.1.1 A nivel internacional	51
12.1.2 A nivel nacional	52
12.1.3 A nivel departamental	53
12.1.4 A nivel municipal	54
12.2 PROGRAMA	57
12.2.1 MANTENIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA LA VEREDA DE PRAGA MUNICIPIO DE AIPE	57
12.3 PROGRAMACIÓN DE ACCIONES	58
12.4 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	64
13. CONCLUSIONES	65
14. RECOMENDACIONES	67
14.1 DESARROLLO DE UNA PARTICIPACIÓN SOCIAL GENUINA	67
14.2 EL RESCATE Y FORTALECIMIENTO DE VALORES	67
14.3 DESARROLLO DE APTITUDES FAVORABLES EN SALUD	67
14.4 CREACIÓN DE AMBIENTES Y ENTORNOS FAVORABLES PARA LA VIDA	68
15. BIBLIOGRAFÍA	69

**LISTA DE CUADROS**

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. viviendas por áreas	32
Cuadro 2. número de escolares en educación preescolar, primaria, Secundaria o media	33
Cuadro 3. desplazados por la violencia	34
Cuadro 4. promedio de talla y peso	35
Cuadro 5. situación de seguridad social en el municipio	37
Cuadro 6. cinco primeras causas de mortalidad 2004	39
Cuadro 7. defunciones por grupo etareo	39
Cuadro 8. cinco primeras causas de hospitalización 2004	40
Cuadro 9. cinco primeras causas de consulta por urgencias 2004	40
Cuadro 10. cinco primeras causas de morbilidad 2004	41
Cuadro 11. días de agresión	43
Cuadro 12. grupos de edad	43
Cuadro 13. maltrato según sexos	43
Cuadro 14. ejecución de ingresos	46
Cuadro 15. proyecciones tendenciales de ingresos	47
Cuadro 16. fuente de financiación 2004-2007	48
Cuadro 17. plan operativo	60

## INTRODUCCIÓN

La Escuela es la herramienta integradora de las políticas actuales sobre promoción de la salud en el ámbito escolar, entendida ésta como la capacidad de coordinar y ejecutar políticas públicas de salud, educación, bienestar y ambientales, entre otras. Mediante ella, se convoca a todos los sectores y a la sociedad civil con el propósito común de promover el desarrollo humano y social de la comunidad educativa, buscando además complementar y potencializar las responsabilidades de los diferentes actores de la sociedad civil comprometidos con el ámbito municipal.

Por su parte, el Plan Decenal de Educación concibe la educación como principal fuente de saber, constituyéndose actualmente en la más cierta posibilidad de desarrollo humano, cultural, económico y social de una nación, y en el mayor soporte para superar con éxito los desafíos que enfrenta la sociedad colombiana.

Es por esto, que se debe asumir el reto de fortalecer entornos y ambientes educativos que contribuyan al desarrollo de niños, niñas, jóvenes, maestros, madres, padres de familia, en fin, de la comunidad educativa, en condiciones saludables, como personas capaces de analizar, decidir e investigar dentro de los principios de respeto a los derechos humanos y a los valores para vivir, con conciencia y compromiso social.

En concordancia con estos planteamientos presentamos este documento, preparado intersectorialmente para definir el trabajo dentro de la escuela en tres grandes áreas: educación en salud, ambientes y entornos saludables y reorientación de los servicios de salud que conlleven a la promoción de la convivencia pacífica y un estilo de vida saludable.

Igualmente se proponen las líneas de acción, las estrategias y actividades que le competen a este proyecto para el alcance de la promoción de la salud en el ambiente escolar reflejado hacia la familia y la comunidad en general.

Este proyecto presenta el perfil de la población Aipuna, su situación demográfica, de salud y educación, así como las principales condiciones de riesgo que enfrenta: por el manejo de factores y condiciones biopsicosociales tales como el maltrato en general, su sexualidad, los embarazos tempranos y no deseados, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y SIDA; por la exposición a ambientes y entornos desfavorables; por los problemas relativos al aprendizaje del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; por accidentalidad, lesiones accidentales e intencionadas; por trastornos de la salud mental y por problemas de desnutrición e higiene bucal, además de enfermedades endémicas como la tuberculosis, el paludismo, el dengue entre otras.

Al mismo tiempo, existe cada vez mayor conciencia sobre los muchos problemas a que la población se enfrenta y no que ella sea en sí mismo el problema; por el contrario se piensa que es la escuela, el elemento clave para su solución. Para que pueda efectuar la contribución a la familia, la comunidad y la sociedad en que vive, es imprescindible que se le preste atención suficiente a sus necesidades integrales así como a sus capacidades. Además, es importante tener en cuenta que solo si se satisfacen estos derechos, estará en condiciones de beneficiarse con los aspectos positivos de los rápidos cambios que se producen en torno a ella, para convertirla en el comienzo saludable del nuevo milenio. Este es el enfoque con el cual se ha trabajado el proyecto.

De acuerdo con lo anterior, este proyecto está dirigido a maestros, directores de núcleo escolar, directivos de centros educativos, escolares, asociaciones de padres de familia, coordinadores del Plan de Atención Básica, personal directivo y operativo de salud, educación, ICBF, medio

ambiente, alcaldes, concejales, empresa privada, en fin a toda la comunidad educativa en particular y a la sociedad en general.

El propósito es entonces entrar en la dinámica que exigen los cambios del tercer milenio mediante una gestión coordinada de los diferentes sectores sociales de manera que se aumente el impacto y se consolide la participación de la comunidad educativa y ciudadana en torno a un objetivo común: contribuir al desarrollo humano de los escolares y sus familias y por tanto al desarrollo del municipio. Se espera que este proyecto sea enriquecido con diferentes experiencias y conocimientos en pro de una mayor y mejor calidad de vida de nuestra población Aipuna.

## 1. MARCO CONCEPTUAL

Hace nada menos que 3.000 años antes de nuestra era, algunas ciudades del subcontinente indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades y dolencias menores. Hacia el año 1400 a.C., la llamada ciencia de la vida, o Ayurveda, se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y promoción de la misma, aunque también realizó avances en el campo de la cirugía y la medicina curativa.

Esta tradición alcanzó también gran desarrollo en la Grecia y Roma antiguas y ha persistido hasta la actualidad, pero ha quedado relegada durante el siglo XX debido a los grandes avances realizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sólo en las últimas décadas ha resurgido el interés por la salud integral. Esto se puede comprobar por las importantes investigaciones realizadas sobre el efecto de la malnutrición de mujeres embarazadas en el desarrollo físico y mental de sus hijos y la investigación sobre los efectos de los suplementos dietéticos en la mejora de la salud y la vitalidad en las poblaciones desnutridas; por los estudios de los niveles óptimos de temperatura y otras condiciones ambientales que afectan al bienestar humano y a la capacidad de rendimiento; y por la aceptación general del valor del ejercicio físico para alcanzar un estado integral de salud y bienestar.

La humanidad permaneció impotente durante mucho tiempo en el terreno de la prevención de enfermedades hasta que se obtuvo la prueba concluyente de la teoría del germen realizada en el último cuarto del siglo XIX por Louis Pasteur en Francia y Robert Koch en Alemania. Sus hallazgos en el campo de la bacteriología llevaron a la primera revolución epidemiológica: la conquista de la enfermedad infecciosa. La salud pública ambiental, que comprende el abastecimiento de agua potable, mejores sistemas de alcantarillado, pasteurización de la leche y el control sanitario del suministro de alimentos, dio como resultado la casi total desaparición del cólera y las fiebres tifoideas y una marcada reducción de la diarrea y la mortalidad infantil en los países industrializados. El descubrimiento de vacunas efectivas, basadas en el desarrollo de la inmunología como ciencia, no sólo llevaron a la reciente erradicación de la viruela en todo el mundo, sino también a un notable descenso de enfermedades como la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis y el sarampión. Sin embargo, la falta de medios sanitarios apropiados todavía dificulta los esfuerzos de los países en vías de desarrollo para reducir la tasa de enfermedades gastrointestinales en niños, la principal causa de mortandad en el mundo actual. La malaria, la tuberculosis, la gripe y otras enfermedades infecciosas siguen siendo graves problemas de salud en muchos países.

El mundo se encuentra ahora en las puertas de la segunda revolución epidemiológica: la conquista de las enfermedades no infecciosas. Estas enfermedades no sólo son la principal causa de mortandad en los países industrializados, sino que también han adquirido cada vez mayor importancia en las naciones en vías de desarrollo. Los expertos en epidemiología han desarrollado métodos efectivos para la prevención de enfermedades cardíacas, ciertos tipos de cáncer, apoplejía, accidentes, enfermedades crónicas obstructivas del pulmón y la cirrosis hepática; la aplicación de estos métodos ha dado como resultado la espectacular reducción de los índices de mortandad. Por ejemplo, en Estados Unidos,

entre 1968 y 1978 la edad promedio de muertes por enfermedades coronarias del corazón descendió en un 25% y la edad promedio de muerte por apoplejía descendió en un 38%. Estos logros fueron posibles en parte gracias a los programas de salud pública para el control de la hipertensión y a la educación sanitaria de poblaciones con riesgo, como son las personas que comen grasas saturadas y los fumadores

Hoy en día la salud se considera un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedades o dolencias. En la declaración de Alma-Atá de 1978, los países miembros de la OMS se comprometieron con el lema "Salud para todos". El principio rector de todos los departamentos de salud locales, estatales, provinciales, regionales y nacionales es lograr esta meta de la manera más completa y rápida posible.

Es por esto que los resultados de un trabajo sobre un plan de salud familiar integral en el municipio no son suficientes para diseñar una propuesta de desarrollo a nivel familiar, sin antes haber mencionado la evolución de la salud a través del tiempo y más aun se hace necesario atender a parámetros conceptuales que den forma y esencia a un determinado plan de acción.

En el caso de delinear una propuesta de desarrollo familiar integral, como la que se persigue, es preciso tener claridad en dos aspectos decisivos: Cómo se asumen el desarrollo integral, la cultura, la familia y la dinámica familiar, siendo estos los principales conceptos que orientan las acciones a desarrollar y, la coyuntura institucional y académica desde la que se conciben tales acciones. En este sentido se involucran las definiciones sobre aspectos como epidemiología, riesgos de salud pública, características de la familia actual y tipología familiar, promoción de la salud, salud familiar, políticas públicas de promoción de la salud,

estrategias de gerencia en promoción de la salud, y participación comunitaria.

Si el propósito es procurar desarrollo integral\* en una comunidad, es entonces necesario tener claro a qué tipo de meta se quiere llevar a tales personas. Es así que el desarrollo integral se entiende como aquella capacidad que tienen los pueblos para identificar, debatir y dar solución sostenible a sus problemas con el menor costo económico, social y ecológico.

No obstante, como capacidad, los pueblos pueden o no poseerlo. Cuando el diagnóstico de una comunidad ofrece tasas elevadas de conflicto y agresión con los consecuentes desajustes familiares y sociales hablamos de una comunidad que no cuenta con la capacidad de desarrollarse integralmente en cuyo caso se hace imperativo la implementación de procesos que le devuelvan dicha capacidad.

En consecuencia, pensando en el desarrollo integral como capacidad se encuentra entonces una primera directriz sobre el trabajo a desarrollar. Una concepción que obliga a actuar sobre la conciencia y sobre los valores comunitarios y no sobre los recursos materiales de los cuales pudieran carecer.

¿Pero qué aspectos se deben tomar en cuenta para construir un plan de acción efectivo?

La respuesta solo es posible analizando las manifestaciones de la \*cultura en el contexto específico; observando a la cultura como el conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado.

---

\* papalia D –Wendkos S. “psicología del desarrollo”, 1989

\* Esteva Fabregat, claudio. Cultura, sociedad y personalidad. Barcelona: Anthropos, 1993.

Recuerdese que la cultura engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden.

Es precisamente dicho entendimiento de la cultura, el marco de referencia desde el cual se proyecta un proceso de desarrollo integral. Pero la cultura como marco, sobrepasa los límites de un trabajo como el actual en donde las acciones se enfocan en una población reducida, por lo que se hace necesario ubicar un punto de referencia que permita precisiones.

Tal punto de referencia no puede ser otro que la \*familia, pero la familia en un sentido bien específico. Recuerdese que afortunadamente la conceptualización de familia ha tenido su propio proceso evolutivo a través de la historia, empezando desde su etimología, (famulus) que significa esclavo doméstico y se refería al conjunto de esclavos que pertenecían al mismo hombre.

Posteriormente se fue acuñando a la palabra familia, un significado mayor de lazos; vínculos existentes en un grupo de personas consanguíneas o por afiliación.

Sin embargo para el propósito que nos ocupa se considera conveniente atender a definiciones que surgieron con posterioridad.

Se destacan la del \*enfoque eco-sistémico donde la familia es un sistema dinámico abierto, en un contexto histórico, geográfico, socio cultural, económico, político y religioso en interacción constante con los supra sistemas; que se auto-eco-organizan definiendo su propia estructura o

---

\* Echeverri de F.L Antropología y Familia. Ediciones Tercer Mundo, 1985

\* Hernández C. Ángela. Familias, ciclo vital psicoterapia sistémica breve. Editorial Búho-Colombia, 1997

tipología, retroalimentándose desde sus contextos: que se auto-eco-gobiernan co-creando y contextualizando políticas y estrategias de convivencia que sigue su propio proceso evolutivo viviendo sus eventos vitales, afrontándolos con sus propios recursos creados, aprendidos o facilitados de sus sistemas significantes. Permitiéndose estar en la búsqueda de su propia humanización como grupo natural.

Y el \*Modelo biopsicosocial para el que la familia es la unidad básica de la sociedad en la cual dos o más adultos, con o sin niños, o también un adulto con niños tienen el compromiso de nutrirse y apoyarse emocional y físicamente. Deciden compartir recursos (tiempo, espacio y dinero). Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay sensación de hogar.

De tal suerte que se acogen los argumentos del enfoque eco-sistémico por lo que ello define a la hora de llevar a la acción un programa de desarrollo comunitario. Aceptar la capacidad de la familia para actuar sobre sí misma significa contar con un elemento a favor al momento de motivar el desarrollo.

Aparece aquí otra propiedad de la familia; ella es estructura y además función. A esto se le conoce como \*dinámica familiar. Cada familia vive su única y particular dinámica de humanización, hacer distinciones en esta dinámica tiene como propósito facilitar la comprensión de la familia: teniendo muy claro que estas dinámicas se pueden distinguir pero no superar.

La familia como grupo con la capacidad de crear interacciones progresa en el tiempo desde lo cognitivo, afectivo, y pragmático, construyendo su

---

\* Kleinke, Chrisl, principios comunes en psicoterapia. Editorial Desclee de Brouwer, S.A. bilbao, 1995

\* Arias, Liliana. El Ciclo Vital Familiar. Desarrollo e Intervención Anticipatorio. II Seminario Nacional de Salud Familiar. Mayo, 1991

propia salud. Su propio bienestar y calidad de vida en constante interacción con sus supra-sistemas.

La familia pertenece al mundo vincular, establece sus propias uniones afectivas, cognitivas, sociales, religiosas, espirituales, creando sus propias estructuraciones y composiciones; eco-organizándose, manteniendo su interdependencia.

La familia crea su propia forma de autogobernarse, establece formas de comunicación que ha aprendido o crea para establecer sus propias normas, su capacidad de interrelacionarse con sus contextos, le permite incorporar y establecer sus normas, sus reglas y los propios estilos de vida con los que se expresa en sus sistemas significantes.

La familia tiene sus propios procesos evolutivos, cada familia afronta sus dilemas humanos con sus talentos y capacidades para cada momento y época de su vida retroalimentándose del ambiente o contextos. Eso es la dinámica familiar.

Lo anterior en atención a lo que debe ser el rumbo y la meta de un proyecto de desarrollo integral. Se pasa ahora a considerar los conceptos de tipo institucional.

La pregunta a responder es ¿En obediencia a qué definiciones se piensa en acciones de desarrollo?

La respuesta es que el país se encuentra atravesando por un periodo de crisis en la salud, lo que obliga a las instituciones y al estado a repensar la salud como mecanismo para devolver la calidad de vida a los ciudadanos.

Es así como se llega a la reflexión en torno de conceptos como los de promoción de la salud, epidemiología, políticas públicas en promoción de

la salud, estrategias de gerencia en promoción de la salud, principales riesgos en salud pública, y estilos de vida saludables.

El primero, \*promoción de la salud, que etimológicamente es la acción de promover, y promover es impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer mas asequible algo.

Así las cosas, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

En términos operativos, la promoción de la salud también se puede definir como: La integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, mas allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y las colectividades.

En otras palabras la promoción de la salud aparece como el estandarte que servirá para devolver la salud a las comunidades.

El segundo, \*epidemiología, entendido como la disciplina que estudia la enfermedad en poblaciones humanas, a partir de ellas se mencionan sus principios implícitos: -La epidemiología es una ciencia médica o de las

---

\* O.P.S. la salud pública en las américas, abril 2000.

\* Asociación Epidemiológica Internacional

ciencias de la salud. – El sujeto de estudio de la epidemiología es un grupo de individuos que comparten algunas características que los reúnen. – La enfermedad y su estudio toman en esta definición la connotación más amplia.

El desarrollo permanente del método epidemiológico y su cuerpo de conocimientos ha permitido diversificar sus usos y aplicaciones, algunos de los cuales se detallan a continuación:

- Medición del nivel de salud en poblaciones
- Descripción de la historia natural de la enfermedad
- Identificación de los determinantes de la enfermedad
- Control y prevención de la enfermedad
- Planificación y evaluación de los servicios de salud

De tal manera que la epidemiología se asume como la herramienta que permitirá desentrañar las causas que generaron y mantienen la crisis en la salud colombiana.

De allí se desprende entonces el tercer concepto considerado en este segmento, el de \*políticas públicas en promoción de la salud. Las políticas públicas se refieren específicamente a los supuestos conceptuales y las acciones consecuentes, impulsadas por las autoridades del estado.

La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así la responsabilidad que tienen en este respecto.

---

\* Restrepo H. Las políticas de Promoción de la Salud en la OPS. Ministerio de salud, OPS. Bogotá, 1992

Aparecen luego las \*estrategias de gerencia en promoción de la salud. Por estas, entendemos todas aquellas acciones de dirección que desarrollan las personas responsables de dirigir entidades de salud, sus áreas o unidades funcionales o programas de salud pública que coadyuvan con el sistema de salud a alcanzar sus metas en cumplimiento de sus principios y fundamentos.

Las estrategias pública de promoción de la salud han de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente mas grato y limpio.

Es así como la promoción de la salud como concepto, la epidemiología, las políticas públicas, y las estrategias de gerencia en salud se unen para identificar y contrarrestar los \*principales riesgos de salud pública.

En tal sentido la mortalidad y la morbilidad: La información más desagregada muestra un perfil de la mortalidad, en el cual se destacan las muertes violentas como el principal problema de salud pública, con incalculables efectos socioeconómicos.

Por otra parte, la distribución socio-económica de la muerte aunque muestra la heterogeneidad y simultaneidad de “enfermedades del desarrollo y de la pobreza” reflejan más las inequidades del desarrollo socioeconómico que la transición epidemiológica.

---

\* Varios. Relatos de las discusiones sobre promoción de la salud. OPS, OMS. Washington, 1992

\* Echeverri, L. Maria. La Salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la desigualdad y la violencia. Bogotá. Agosto, 2001

Es necesario llamar la atención acerca de algunos indicadores muy sensibles a las variaciones del desarrollo socioeconómico como la mortalidad materna e infantil, pues aunque las cifras muestren disminución, la pérdida de calidad de vida en los últimos años en el país, pone en riesgo los avances logrados.

Varios trabajos señalan la heterogeneidad y complejidad de la violencia en Colombia. Si bien no hay relaciones univocas, coinciden en varios factores propiciadores o potenciadores: La inequidad en la distribución de la riqueza y las injustas desigualdades para disfrutar las oportunidades sociales y el bienestar; la exclusión de la vida política para amplios sectores de la población, el recrudecimiento del conflicto armado, la impunidad y el narcotráfico.

El desempleo o el empleo precario asociado al bajo nivel educativo y a la fecundidad y/o conformación temprana de un nuevo hogar, y el consumo de drogas y alcohol son las principales características que conllevan a la morbilidad.

Pero todo lo anterior se debe enmarcar dentro de un propósito bien definido en términos de los logros que se deben construir. Es así como toma importancia el concepto de \*estilos de vida saludables.

Los estilos de vida se traducen en conductas personales, pero que son fuertemente influenciados por un contexto social, político, cultural, económico y ambiental. Así las cosas: los estilos de vida saludables se constituyen en conductas fijadas en la conciencia individual y que sirven para conservar o restablecer la salud corporal, y social.

---

\* Medalie J. "Medicina Familiar" principios y prácticas, 1987

Por ello, para lograr modificaciones en los estilos de vida será necesario actuar tanto sobre las personas, como sobre su entorno.

Las intervenciones para modificar estilos de vida requerirán, por lo tanto, de programas integrales que utilicen diversos mecanismos para lograr sus objetivos y que ofrezcan soporte a los cambios propuestos; entre ellos se destacan la educación para la salud, la información y las técnicas de comunicación social y la modificación del entorno político, social, legal, etc.

Esta es entonces la meta que se persigue, en un marco de consideración de las características de la población sobre la cual se va a intervenir, en este caso la familia. Pero desde las \*Características de la familia actual y tipologías familiares.

Recuerdese que dentro de las características de la familia actual podemos destacar

- 1) Avance de las formas consensuales
- 2) Cambios en el patriarcalismo.
- 3) Neo-localismo
- 4) Mayor ruptura familiar.
- 5) Cambio en la estructura de roles.
- 6) Cambio en las relaciones erótico-afectivas.
- 7) Cambios en la edad para la nupcialidad.
- 8) Mayores crisis familiares.
- 9) Búsqueda de tareas evolutivas individuales.
- 10) Estructuras familiares complejas.

Por otra parte, dentro de las tipologías familiares podemos encontrar:

---

\* Gutiérrez de Pineda Virginia. Estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia 2ª edición 1999

Matrimonio: En el momento se dualiza el matrimonio católico y civil.

Unión libre: Uniones de hecho

Familia Superpuesta: Surge de la ruptura y reincidencia nupcial

Y en ultimas, una consideración que no se puede descuidar como es la participación comunitaria, entendiendo este como el proceso en el que interactúan los ciudadanos para resolver determinadas problemáticas sociales o de servicios faltantes que los aquejan y donde son ellos mismos quienes organizan las soluciones.

De esta manera se concretan los fundamentos teóricos que delimitan un proyecto de desarrollo comunitario que tiene su principal fuente de trabajo en la familia y la escuela y se efectúa bajo la premisa de llevar a los individuos a la capacidad de alcanzar la un desarrollo integral, en los términos que se plantearon en comienzo.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los más importantes indicadores de evaluación del desarrollo y calidad de vida de una comunidad, es siempre la situación de salud de los habitantes. Evaluar la salud es sinónimo de evaluar el desarrollo de los seres humanos, y por ello resulta frecuente, dada la importancia de crear un proyecto integral para las familias rurales del municipio de Aipe desde la escuela.

Es por ello que la vereda de Praga en Aipe, como cualquier otra, requiere de una estrategia que permita, a las autoridades y a los habitantes, identificar sus fortalezas y sus debilidades como principal sustrato para reformular y gestionar las acciones para el desarrollo. Eso precisamente es lo que se presenta en este documento.

Se trata de una propuesta significativa, por la importancia de la familia como primer espacio de socialización para el ser humano.

No obstante, para conseguir un plan oportuno, que cumpla con su propósito de iluminar la proyección del desarrollo, es necesario abarcar la mayor cantidad de aspectos que puedan relacionarse directa o indirectamente con las condiciones de salud de las familias.

Por ende este proyecto, se realiza con el firme propósito de obtener los elementos propicios para la construcción de un proyecto desarrollado desde la escuela para un buen grupo de familias de la localidad, en ejercicio de los conceptos de la gestión en salud familiar integral, con lo que se espera aportar al bienestar de la comunidad rural del importante municipio de Aipe.

### 3. METODOLOGÍA

La población que tendrá el estudio será captada a través del servicio de psicología de la institución.

La información primaria se recolectará a través de la historia clínica que maneja el servicio.

El proyecto tendrá reuniones periódicas en primera instancia con los alumnos de la institución para analizar la información recolectada con la historia clínica; en una segunda instancia se tendrá reuniones con los padres a través de la escuela de padres y será un segundo tamiz para depurar y analizar la información.

A través de estas acciones se busca conformar un grupo comprometido con el proyecto que llene las expectativas del mismo y que además sirva como multiplicador del mismo en toda la comunidad rural.

además, tres son los componentes fundamentales que se desarrollarán a lo largo de todo el trabajo con la comunidad educativa, estos componentes son:

La **educación en Salud** como proceso permanente de enseñanza de estilos de vida saludables y construcción de valores y habilidades para la convivencia pacífica.

El **Medio ambiente escolar y el entorno saludable** como creación no solo de condiciones físicas mínimas sanitarias y de higiene del ambiente

físico de la escuela sino del clima emocional y social que afecta el bienestar y la productividad de los estudiantes y la comunidad en general, el desarrollo de habilidades para la vida, las relaciones armónicas y el respeto por la naturaleza.

El **Acceso a servicios de salud** como medio de favorecer y proteger el sano crecimiento y desarrollo del escolar.

El desarrollo sinérgico de estos tres componentes propicia las condiciones para un trabajo de mejoramiento de las condiciones integrales de salud, pensado desde la escuela para toda la comunidad.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. GENERAL**

- ⇒ Implementar un plan de salud familiar con énfasis en escuela saludable para los jóvenes de 6 a 16 años de edad de la institución educativa agropecuaria de Aipe.

### **4.2. ESPECÍFICOS**

- ⇒ Promover la formación de una cultura de salud y ambiental acorde con el medio sociocultural y el perfil epidemiológico mediante el desarrollo de proyectos pedagógicos que impulsen la construcción de estilos de vida saludables.
- ⇒ Desarrollar procesos pedagógicos conducentes a la formación de valores, conocimientos y comportamientos de convivencia ciudadana y participación.
- ⇒ Promover ambientes escolares saludables mediante la identificación, el control y/o la eliminación de factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales y la potencialización de los factores protectores.

## 5. UBICACIÓN

El proyecto será ejecutado en el municipio de Aipe, vereda de Praga la cual esta localizada a 1.100 metros de altura sobre el nivel del mar, en un área delimitada por la cuchilla de “el chuzo” (limite con el Tolima) y el curso de la quebrada san francisco, conformado por veinte manzanas de 125 predios que albergan 500 habitantes. Posee un precario sistema de acueducto y alcantarillado a base de pozos sépticos; servicio de energía para limitados usos, puesto de salud, colegio agropecuario, matadero y servicio de telefonía rural. En esta zona se cultiva café principalmente y en menor cantidad guadua, caña de azúcar cacao y algunos árboles frutales.

## **6. POBLACIÓN OBJETO**

El plan de salud beneficiará a la población rural, entre los 6 y los 16 años de edad, hombres y mujeres, estudiantes de la institución educativa agropecuaria de Aipe y sus respectivas familias, que habiten en la vereda de Praga.

## 7. COMPONENTES DEL PROYECTO

Para llevar a cabo las actividades de promoción y prevención, nos hemos basados en los lineamientos del P.A.B, del programa de “escuelas saludables”. Cabe mencionar que por cuestiones de orden público, muchos de los programas que ofrecen el departamento y el municipio en cuestiones de salud tanto física como psicológica y principalmente dentro de las características como se van a presentar, son prácticamente nuevos en esta población, por lo que se esperan unos satisfactorios resultados y un reto bastante alto de afrontar.

Todas las actividades que se llevarán a cabo estarán encaminadas a cumplir estos seis pilares:

- ⇒ Promoción de la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
- ⇒ promoción de la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito familiar.
- ⇒ promoción de la salud sexual y reproductiva.
- ⇒ desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y las sustancias psicoactivas.
- ⇒ promoción de las condiciones sanitarias en el ambiente domiciliario.

## **8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CONTEXTO**

### **8.1. CARACTERÍSTICAS TERRITORIALES**

El municipio de Aipe está localizado en el área noroccidental del departamento del Huila, más exactamente sobre la margen izquierda del Río Grande de la Magdalena, tiene una extensión de 753 KM<sup>2</sup> que corresponde al 3,77% del total departamental. Los límites generales son: norte: departamento del Tolima, sur: municipio de Neiva, oriente: municipio de Tello y Villavieja, occidente: departamento del Tolima.

La principal arteria fluvial es el río Magdalena que sirve de límite oriental del municipio. Al Magdalena vierten sus aguas 3 ríos importantes que son: Baché, Aipe y Patá. Cuenta con 444KM<sup>2</sup> en clima cálido (59,2%), 267KM<sup>2</sup> templado (31,1%) y 42KM<sup>2</sup> de clima frío o páramo (5,7%).

Aipe está dividido en la zona urbana en 19 barrios y en la zona rural por 29 veredas.

De las 81.704 hectáreas que conforman la extensión de Aipe, la superficie agrícola óptima para uso intensivo de cultivos comerciales y pastos es apenas de unos 3.857 hectáreas, solamente 2.410 de ellos disponen de riego (ver cuadro 1)

### **8.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

En términos generales se puede decir que el 66,1% de la población es joven (entre 10 – 24 años), 28,8% adulta (entre 25 – 50 años) y sólo el 5% de la tercera edad (mas de 50 años). Aipe cuenta con 14.226 habitantes, de ellos el 62,64% viven en el área urbana, mientras los 37,35% restantes lo hacen en la zona rural.

### 8.3. VIVIENDA Y COMUNICACIONES

**CUADRO 1  
VIVIENDAS POR AREAS**

Area Urbana	1.740
Area rural	1.266

Aipe tiene a mano una malla vial que le permite comunicarse, principalmente, con la capital huilense y con otros municipios del departamento. Es una red que está constituida por vías nacionales, regionales, metropolitanas y municipales, que le dan una gran fluidez vehicular y un ágil impulso a la vida local.

- Troncal del Magdalena
- Vías que unen a la cabecera municipal con los otros poblados
- Vías de acceso que unen a la cabecera municipal con las veredas o a las veredas entre si
- Senderos y caminos de herradura que unen a las veredas entre si o en algunos casos, conducen a sitios de interés paisajístico

Entre los medios de comunicación con los que cuenta Aipe existe un canal regional llamado AIPEVISION y hasta el año pasado funcionaba la emisora local llamada BAMBUCA ESTEREO.

### 8.4. ASPECTOS ECONÓMICOS

En el municipio de Aipe se pueden definir 2 sectores de producción: el primero es el agrícola conformada por los cultivos de café y arroz y el segundo es el pecuario conformado por la cría y sostenimiento de bovinos de doble propósito, piscicultura y la producción de pollos.

El ingreso promedio del grueso de la población oscila entre uno y dos salarios mínimos, según la actividad económica. Las personas que alcanzan ingresos superiores, son aquellas con algún grado de profesionalización o que trabajan con la petrolera.

La población del área urbana sustenta sus ingresos básicamente en la actividad económica del sector terciario, liderado por el comercio y los servicios que generan el 93,8% del empleo; entre tanto, en la zona rural la actividad agropecuaria se constituye en la única fuente real de ingresos.

## 8.5. EDUCACIÓN Y CULTURA

### CUADRO 2

#### Número De Escolares En Educación Preescolar, Primaria, Secundaria O Media

NIVEL	MATRICULA POR ZONA		TOTAL
	URBANA	RURAL	
<b>Preescolar</b>	218	113	331
Básica Primaria	1418	820	2238
Básica Secundaria	986	152	1138
Básica Media	268	31	299
<b>Total</b>	<b>2890</b>	<b>1116</b>	<b>4006</b>

Fuente: Secretaria de Desarrollo Comunitario Aipe

*\*El analfabetismo del municipio de Aipe corresponde al 9.8% de la Población*

no se pudo obtener el dato exacto de la población con educación superior pero se cree que no supera el 2% de la población.

Como escenarios dispuestos para la recreación y el deporte vale la pena destacar la existencia en Aipe de una villa deportiva, donde hay canchas de fútbol, microfútbol, baloncesto, voleibol, tejo y tenis además de gimnasio, mesas de ping pong y piscina. Adicionalmente, están los 7 polideportivos en distintos barrios. Por su parte, los habitantes del área rural tienen a su disposición una cancha de fútbol y 9 polideportivos. Importante destacar que las festividades autóctonas del municipio son las de San Juan y San Pedro.

## **8.6. VIOLENCIA SEGURIDAD Y ORDEN PÚBLICO**

La zona rural del municipio de Aipe tiene bastantes problemas de diferente magnitud asociados al enfrentamiento armado que se da en esta zona entre grupos insurgentes y el Ejército Nacional de Colombia. Esta situación conlleva a frecuentes enfrentamientos que deja un porcentaje en estos últimos 8 años de 1,3% de muertes violentas por año en el municipio, una cantidad de niños vinculados en la guerrilla y un alarmante desplazamiento de familias hacia la zona urbana del municipio (ver cuadro 3)

**CUADRO 3**  
**DESPLAZADOS POR LA VIOLENCIA DEL ÁREA RURAL ENTRE EL AÑO 2003 -2004**

No. De Familias	53
No. De Personas	262
Adultos	113
Menores	149

Fuente: Secretaria de Desarrollo Comunitario Aipe

## 8.7. CALIDAD DE VIDA

El porcentaje de indigentes dentro de la población aipuna es del 1,3% entre los que se encuentran los ancianos desprotegidos y niños abandonados.

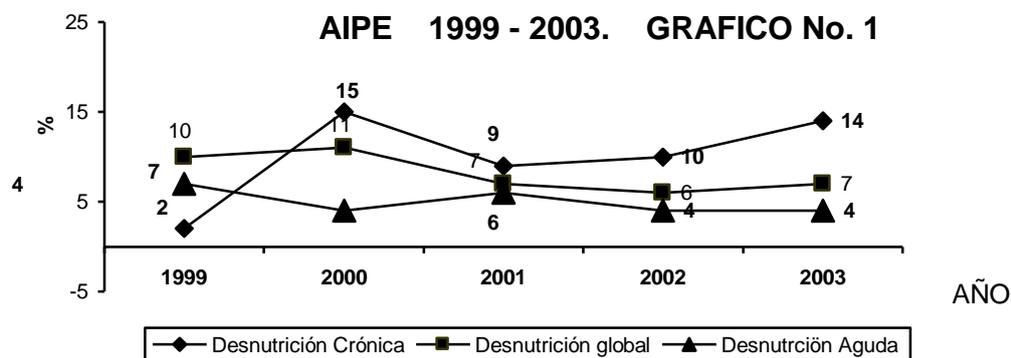
Según los reportes del SISVAN el estado nutricional de la población menor de 12 años es el siguiente:

**CUADRO 4  
PROMEDIO DE TALLA Y PESO**

BAJO PESO PARA EDAD	7% (DNT GLOBAL)
BAJA TALLA PARA EDAD	14% (DNT CRONICA)
BAJO PESO PARA LA TALLA	4% (DNT AGUDA)

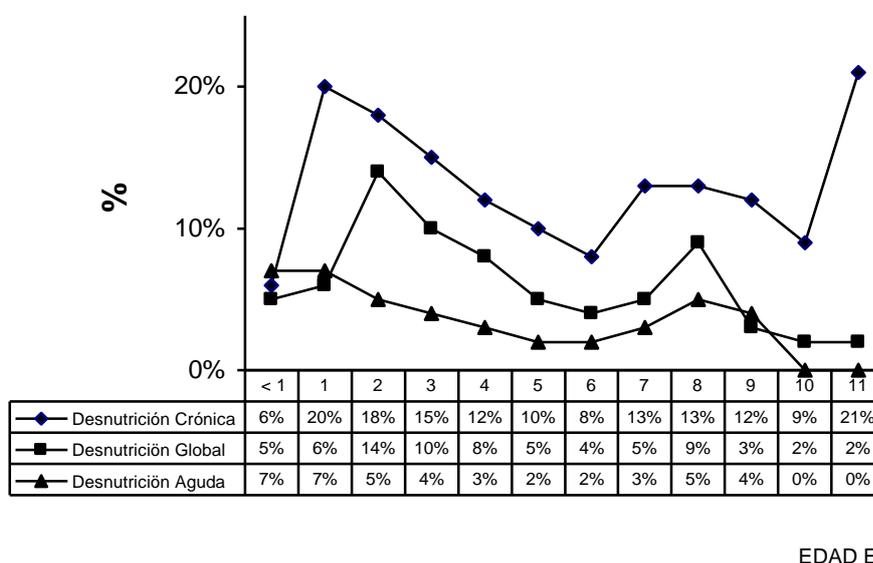
Fuente: SISVAN 2003

**TENDENCIA DEL % DE LA DESNUTRICION EN MENORES DE DOCE AÑOS EN EL MUNICIPIO DE AIPE 1999 - 2003. GRAFICO No. 1**



fuelle: SISVAN 2003

**TENDENCIA DEL % DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 12 AÑOS EN  
EL MUNICIPIO DE AIPE 1999-2003. GRAFICO 2**



Fuente: SISVAN 2003

La información reportada durante Enero a Septiembre, con 2038 registros que incluye información de los niños beneficiados en el programa de restaurante escolar.

**8.7.1. Desnutrición Global.** El 7% de los menores presentaron bajo peso para la Edad o Desnutrición global. El grupo de edad más afectado es el niño de 2 años. Los sectores con muestra estadísticamente representativa que presentan mayor deterioro fueron: Clavellinos, Dinas; Inspección mesitas del Colegio, Praga y San Antonio.

**8.7.2. Desnutrición Crónica.** El 14% de los menores presentaron Baja talla para la Edad o Desnutrición crónica. Se observa que los menores empiezan a deteriorar su velocidad de crecimiento a partir del año de edad y se mantiene constante dicho deterioro. El grupo más afectado es el de 1 a 3 años. Por sectores los más afectados fueron: Buenos Aires, Clavellinos, El Patá, Inspección Mesitas del Colegio y Praga.

**8.7.3. Desnutrición Aguda.** El 4% de los menores presentan Baja talla para la edad. El grupo de edad más afectado es el menor de 1 año, población más vulnerable a las secuelas irreversibles que genera esta patología. El sector más afectado fue Inspección de Mesitas del Colegio.

Con respecto a la lactancia materna en el municipio los datos son los siguientes:

- No existen IPS acreditadas como institución Amiga de la mujer y la infancia.
- Porcentaje de menores de seis meses con Lactancia Materna exclusiva.

\_\_40.7%\_\_

- Si existen grupos de apoyo comunitario a la Lactancia Materna.

## 8.8. NIVEL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

**CUADRO 5  
SITUACION DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNICIPIO**

VINCULADO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO
8674	3376	937

Fuente: alcaldía de aipe

**8.8.1. Panorama De Riesgo Ambiental.** Con una cobertura actual del 97,2% de la población urbana, puede considerarse un buen nivel el sistema de suministro de agua potable que tiene esa localidad; por su parte, los acueductos rurales trabajan sin planta de tratamiento y son administrados por las correspondientes juntas de acción comunal y suman en total 11 acueductos.

El servicio de alcantarillado alcanza una cobertura cercana al 90,79% de la población urbana, esto es, unos 1650 usuarios siendo el 10,12% los

que no gozan de este servicio, alrededor de unos 170 usuarios, por su parte, la zona rural recibe los beneficios de cuatro alcantarillados.

El servicio de aseo y recolección de basuras cobija a un promedio de 1.600 usuarios. La recolección de basuras depende directamente de la Secretaría de Servicios Sociales quien cuenta con un vehículo recolector, el que recoge en promedio diario 4 toneladas de basuras dos veces por semana; cabe anotar que más de la mitad de la basura proviene de la plaza de mercado, y un 80% es biodegradable.

Todos los desechos –sin clasificación ni manejo alguno- son llevados a un “relleno sanitario” –que presenta las características propias de un botadero-, donde son acumulados a cielo abierto y sin ningún control; de ahí que los lixiviados, están afectando al río Magdalena, hecho que constituye un grave problema de contaminación pues así mismo los residuos líquidos hoy son vertidos sin tratamiento alguno sobre el mismo río; algo similar ocurre en el área rural, pues allí las basuras son quemadas, en algunos casos, y en otros, apiladas en los solares, donde en una mínima proporción se aprovecha como abono orgánico.

### **8.8.2. Factores De Riesgo Asociados A La Alimentación**

<b>TIENDAS</b>	51
<b>RESTAURANTES</b>	8
<b>QUESERAS</b>	6
<b>PANADERÍAS</b>	4
<b>EXPENDIO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>	16
<b>MATADERO URBANO</b>	1
<b>MATADERO RURAL</b>	Sitios de sacrificios
sin	control sanitario

## 9. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

### 9.1. PERFIL DE LA MORTALIDAD

**CUADRO 6**  
**CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD 2004**

CAUSAS	No. Casos 2003	TASA X1000 HABITANTES
1. Infarto Agudo del Miocardio	9	0.6
2. Trauma Craneoencefálico severo	5	0.3
3. Cáncer Útero	4	0.3
4. Paro cardiorrespiratorio	3	0.2
5. Insuficiencia Cardíaca Congestiva por H.T.A	2	0.1
<b>RESTO DE CAUSAS</b>	5	
<b>TOTAL</b>	28	1,8

Fuente: PAB aipe

De las cinco primeras causas de mortalidad en el último año en el municipio de Aipe, cabe mencionar que tres de estas tienen que ver con problemas del corazón, lo que nos demuestra un alto desentendimiento en el cuidado del mismo.

**CUADRO 7**  
**DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO**

-1	1-4	5-14	15-44	45-59	+ 60	TOTAL
3	3	1	7	9	30	53

Fuente: PAB aipe

Las personas con mayores índices de mortalidad por grupo etareo son los mayores de 60 años según los índices del último año.

## 9.2. PERFIL DE LA MORBILIDAD

### CUADRO 8

#### CINCO PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN DEL AÑO 2004

CAUSAS	No.	TASA X 1000 HABITANTES
1. Diarreas y gastroenteritis infeccioso	51	3.9
2. Celulitis sin otras especificaciones	26	1.8
3. Infección Vías Urinarias	19	1.4
4. Convulsiones Febriles	9	0.6
5. Otros dolores abdominales	9	0.6
<b>RESTO DE CAUSAS</b>	23	
<b>TOTAL</b>	137	10,549

Fuente: PAB aipe

### CUADRO 9

#### CINCO PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA POR URGENCIAS 2004

CAUSAS	No.	TASA X 1000 HABITANTES
1. Fiebre no especificada	277	21.3
2. Diarrea y gastroenteritis infeccioso	261	20.0
3. Infección Aguda de vías respiratorias	169	13.0
4. Amigdalitis Aguda No especificada	151	11.6
5. Infección de vías Urinarias	149	11.4
<b>RESTO DE CAUSAS</b>	474	
<b>TOTAL</b>	1481	114,0

Fuente: PAB aipe

**CUADRO 10**  
**CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA**  
**2004**

<b>CAUSAS</b>	<b>No.</b>	<b>TASA X 1000 HABITANTES</b>
1. Parasitosis Intestinal sin otra especificación	789	60.75
2. Hipertensión arterial	542	41.7
3. Amigdalitis aguda no especificada	527	40.5
4. Faringoamigdalitis no especificada	517	39.8
5. Rinofaringitis (Resfriado Común)	508	39.1
<b>RESTO DE CAUSAS</b>	1946	
<b>TOTAL</b>	4829	3,71

Fuente: PAB aipe

El municipio de Aipe presenta como principal causa de morbilidad, las infecciones gastrointestinales tanto en el servicio de consulta por urgencia, como en la consulta externa y hospitalización.

### **9.3. OTROS EVENTOS DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA**

**9.3.1. Discapacitados.** En el Municipio de Aipe, según el último censo 2002, se encontraron 122 discapacitados por diferentes causas, predominando las secuelas de PC, secuelas de meningitis, sordera, ceguera, mudez y parálisis de miembros superiores ó inferiores. Esto representa una tasa x 1000 habitantes de 9.3 lo que representa una tasa x 1000 habitantes de 9.3.

En CAINDA (Centro de Atención Integrada al Discapacitado Aipuno), se trabajó en el año 2003 con una población de 34 discapacitados

### **9.3.2. Eventos Relacionados Con El Comportamiento Y Las Relaciones Humanas.**

* Violencia intra familiar	87 casos
* Maltrato Físico	71 casos
* Maltrato psicológico intencional	69 casos
* Maltrato psicológico no intencional	9 casos
* Abuso sexual	5 casos
* Negligencia y descuido	2 casos

Con respecto a los eventos relacionados con el comportamiento y las relaciones humanas, se tiene la violencia intrafamiliar con uno de los mayores índices dentro el último año.

#### **9.3.2.1. Instituciones Receptoras.**

* Institución de Salud	2
* Comisaría de Familia	85

- Existencia de Redes de apoyo social y/o programas de salud mental y equipo receptor de denuncias?
- No existe operativamente la Red del Buen trato, las denuncias se reciben ante todo en la comisaría de familia, aunque también la puede recibir cualquier otra dependencia.
- Estrategia para la prevención de la violencia intra familiar.
- Aprendamos a querernos.
- Red de la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas.

**CUADRO 11**  
**DÍAS DE AGRESIÓN**

lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
12	5	11	5	19	15	20

Fuente: PAB aipe

**CUADRO 12**  
**GRUPOS DE EDAD**

< 1 año	0
1 – 4 años	2
5 – 9 años	6
10 – 19 años	17
20 – 29 años	28
30 – 39 años	18
40 – 59 años	14
60 y + años	2
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>

Fuente: PAB aipe

**CUADRO 13**  
**MALTRATO SEGÚN SEXOS**

<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
10 casos	77 casos	87 casos

Fuente: PAB aipe

Cuando profundizamos en el maltrato tenemos como datos que los días de mayor incidencia en este aspecto son los fines de semana (viernes, sábado y domingo), que el grupo etareo con mayores agresiones son los de 20 a 29 años y que a diferencia de las creencias populares los hombres son el grupo más agredido en este municipio.

**9.3.3. Pandillismo.** En la actualidad existen pandillas en formación, en el denominado BARRIO CHINO.

**9.3.4. Prostitución.** 15 mujeres registradas en el censo, aunque existe esta práctica en forma clandestina tanto infantil como adulta.

**9.3.5. Alcoholismo.** Alta incidencia de consumidores tanto jóvenes como adultos. El problema de mayor incidencia es la violencia intra familiar con énfasis en el Maltrato infantil.

**9.3.6. Otros.**

- Protección intra familiar datos del 2003 (juzgado):  
14
- Demandas cuotas alimentarias del 2003 (juzgado):  
12
- Embarazo en adolescente. (control prenatal hospital):  
101
- Gestantes  
287

Estos problemas se dan debido a: irresponsabilidad de cónyuges, baja autoestima, hijos no deseados, bajos ingresos económicos, desempleo desconocimiento de pautas de crianza, prostitución y antecedentes de maltrato en progenitores.

Estos problemas son abordados por: Juzgado, Fiscalía, Policía, P.A.B., Personería, Hospital.

## **10. ANÁLISIS FINANCIERO**

### **10.1. INGRESOS**

El presente análisis financiero esta fundamentado en las ejecuciones de ingresos de los años 2001, 2002 y 2003; las cifras obtenidas permiten observar cual ha sido el comportamiento de cada una de las rentas, en lo que corresponde a su crecimiento promedio anual, el déficit de ingresos en cada una de las vigencias y el comparativo para el año 2004 con el presupuesto aprobado frente a las provisiones de ingresos para dicha vigencia; así como las proyecciones para los años 2005, 2006 y 2007, mediante la utilización de los métodos de proyección de tales como el incremento promedio del sistema de aumentos y la determinación de las tendencias de cada region.

En los ingresos se consideró como escenario las proyecciones efectuadas a partir de unos estimativos ajustados a las necesidades reales frente al proyecto de presupuesto aprobado para el año 2004, a partir de este, el crecimiento del índice de inflación proyectada, conforme al banco de la republica para los años 2005, 2006 y 2007.

### **10.2. ANÁLISIS COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE INGRESOS**

Al realizar el análisis de las ejecuciones de ingresos de los años 2001, 2002 y 2003, se observa que los recursos de capital presentan un incremento entre 2001- 2002 del 21%, debido a créditos que realizó el municipio para poder cumplir con algunos proyectos de inversión necesarios; también podemos observar la disminución representativa de los ingresos tributarios en un 20% debido a la falta de políticas agresivas de cobro y al poco esfuerzo fiscal realizado por la tesorería municipal en el recaudo de estos impuestos.

**CUADRO 14**  
**EJECUCIÓN DE INGRESOS**

TIPO DE RENTA	2001	2002	2003	% VARIAC 2001-2002	% VARIAC 2002- 2003
INGRESOS CORRIENTES	13.370.656.505	13.754.859.195	16.468.282.270	3%	20%
INGRESOS TRIBUTARIOS	853.027.724	680.699.295	702.084.174	-20%	3%
INGRESOS NO TRIBUTARIOS	12.517.628.781	13.074.159.901	15.766.198.096	4%	21%
RECURSOS DEL CAPITAL	836.916.585	1.009.130.675	47.333.235	21%	-95%
TOTAL RENTAS E INGRESOS	14.207.573.090	14.763.989.870	16.515.615.505	4%	12%

FUENTE: PLANEACIÓN MUNICIPAL/2004

En cuanto a los ingresos no tributarios, el mayor incremento se presentó en el periodo 2002-2003 del 21% en virtud al incremento en las regalías del petróleo que recibió el gobierno municipal. En términos generales, los ingresos presentaron un incremento en los periodos 2001-2002 del 4% y entre 2002-2003 el incremento fue del 12%, como lo muestra la siguiente gráfica.

### 10.3. PROYECCIONES TENDENCIALES DE INGRESOS

Para la proyección de los ingresos se utilizó el método del incremento promedio del sistema de aumentos, aplicados al comportamiento de cada reglón durante los años 2001-2003; a su vez, se consideraron situaciones especiales de algunos rubros.

el promedio relativo corresponde a la media aritmética de las variaciones de la serie, es importante aclarar que los métodos descritos no tienen aplicación en todos los reglones rentísticos, pues esto solo ocurre y cuando haya tenido un resultado homogéneo en los diferentes años.

Para el año 2004, se aprobó inicialmente un presupuesto por la suma de \$12.080. millones, distribuidos en tributarios \$628.712. millones, no

tributarios \$11.220. millones y de recursos de capital \$231.553. millones con variación del 27% frente al resultado del año 2003. es de anotar que este presupuesto, arroja una menor estimación de los ingresos de acuerdo a la situación de ajuste fiscal que debe realizar la administración con forme a la ley 617 del 2000.

Tomando como referencia los resultados de los métodos de proyección anterior, para el año 2004, se ajustó el ingreso real fundamentado en las metas macroeconómicas del gobierno nacional con crecimientos máximos del 8% equivalente a la inflación, así mismo se tuvo en cuenta los aumentos que se podrían tener en el mayor de los recursos con que se cuenta (regalías del petróleo). Utilizando los mismos criterios de proyección para el año 2004, se estimaron los valores para los años 2005, 2006 y 2007.

### **CUADRO 15**

#### **PROYECCIONES TENDENCIALES DE INGRESOS**

CONCEPTO	2004	2005	2006	2007	VARIAC 2004-2005	VARIAC 2005-2006	VARIAC 2006-2007
INGRESOS							
INGRESOS CORRIENTES	11.848,0	13.391,0	14.176,0	15.009,0	13	6	6
INGRESOS NO TRIBUTARIOS	629,0	692,0	747,0	807,0	10	8	8
INGRESOS TRIBUTARIOS	11.220,0	12.699,0	13.428,0	14.202,0	13	6	6
RECURSOS DEL CAPITAL	231,0	120,0	130,0	140,0	-48	8	8
RECURSOS DEL CRÉDITO		500,0					
TOTAL RENTAS E INGRESOS	12.080,0	14.011,0	14.306,0	15.150,0	12	6	6

FUENTE: PLANEACIÓN MUNICIPAL/2004

#### **10.4. PLAN DE INVERSIONES**

De acuerdo a la proyección de recursos para inversión, el municipio espera recibir en total \$50.258 millones de pesos en el periodo 2004-2007 los cuales provendrán en un 2% de recursos propios, un 15% de la nación que serán transferidos al municipio para su ejecución, un 5% de otras participaciones y un 77% serán recursos de regalías petrolíferas

transferidos igualmente, al municipio por la nación y dirigidos a los sectores de educación, salud, agua potable y saneamiento básico, recursos del crédito en un 1% y otros sectores conforme a la ley 715 de 2001 y la ley 756 de 2002.

**CUADRO16**  
**FUENTES DE FINANCIACIÓN 2004-2007**  
(en millones de \$)

CONCEPTO	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	TOTAL	%
RECURSOS PROPIOS	274	12	289	10	313	11	338	11	1.214	11
RECURSOS NACIÓN	1.938	17	1.943	14	1.949	15	1.955	15	7.785	15
RECURSOS DE REGALÍAS	8.126	70	9.548	70	10.031	72	10.532	71	38.237	71
OTRAS PARTICIPACIONES	648	2	577	2	624	2	673	2	2.522	2
RECURSOS DEL CRÉDITO			500	4					500	1
<b>TOTAL</b>	<b>10.986</b>	<b>100</b>	<b>12.857</b>	<b>100</b>	<b>12.917</b>	<b>100</b>	<b>13.498</b>	<b>100</b>	<b>50.258</b>	<b>100</b>

FUENTE: PLANEACIÓN NACIONAL

## 10.5. PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES

El plan plurianual de inversiones presenta la distribución operativa, por sectores, programas y proyectos priorizados, para los años 2004, 2005, 2006, y 2007, considerando las fuentes más ciertas de financiamiento de los mismos. A continuación se presenta la matriz plurianual de inversiones del sector salud para el periodo 2004-2007.

SALUD PARA MI PUEBLO			COSTO TOTAL	2004						2005								
SECTOR	PROGRAMA	PROYECTO		SGP	Reg Pet	Rec pro	Alm esc	Mun rive	fosyga	Otro rec	SGP	Reg Pet	Rec pro	Alm esc	Mun rive	fosyga	Otro rec	
S A L U D	Salud Con Calidad	Ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad en salud a los beneficiarios del régimen subsidiado.	2.087.372	648.408	150.000	12.326		30.000	210.413		648.408	120.000			36.118	231.699		
		Mejoramiento, adecuación, construcción y dotación de la infraestructura requerida para la prestación de servicios de salud.	150.000		50.000							100.000						
		Construcción y dotación casa hogar para adultos mayores.	210.000		130.000							80.000						
		Optimización de la asistencia medica y brigadas de salud urbana y rural	332.762	91.381	60.000						91.381	70.000			20.000			
	Política Municipio saludable	Fortalecimiento a programas de atención materno-infantil y nutricional de la población infantil.	150.000		20.000						100.000				20.000			10.000
		Generación de programas de apoyo en salud a la población vulnerable.	280.140		100.000					80.000	80.000							20.140
		Implementación unidad odontológica para los centros poblados	106.000		20.000					1.000	80.000							5.000
	Plan de atención básica PAB.	343.552	81.776	70.000			30.000			81.776	80.000							
Total sector salud			3.659.826	821.565	600.000	12.326	-	60.000	210.413	81.000	821.565	710.000	-	-	76.118	231.699	35.140	

SALUD PARA MI PUEBLO			COSTO TOTAL	2006						2007								
SECTOR	PROGRAMA	PROYECTO		SGP	Reg Pet	Rec pro	Alm esc	Mun rive	fosyga	Otro rec	SGP	Reg Pet	Rec pro	Alm esc	Mun rive	fosyga	Otro rec	
S A L U D	Salud Con Calidad	Ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad en salud a los beneficiarios del régimen subsidiado.	2.109.835	654.039	120.000			34.671	250.235		640.636	140.000				270.254		
		Mejoramiento, adecuación, construcción y dotación de la infraestructura requerida para la prestación de servicios de salud.	376.587		140.000						106.587	130.000						
		Construcción y dotación casa hogar para adultos mayores.	180.000		80.000						10.000	80.000						10.000
		Optimización de la asistencia medica y brigadas de salud urbana y rural	298.691	98.691	100.000						20.000	80.000						
	Política Municipio saludable	Fortalecimiento a programas de atención materno-infantil y nutricional de la población infantil.	220.000		100.000					20.000	80.000				20.000			
		Generación de programas de apoyo en salud a la población vulnerable.	205.243		100.000					21.751	60.000							23.492
		Implementación unidad odontológica para los centros poblados	130.000		90.000						40.000							
	Plan de atención básica PAB.	453.597	68.835	120.000			30.000			74.342	120.000			30.420			10.000	
Total sector salud			3.973.953	821.565	850.000	-	-	64.671	250.235	71.751	821.565	730.000	-	-	50.420	270.254	43.492	

## 11. ANÁLISIS DOFA

Después de haber trabajado y descrito el contexto, analizado el perfil epidemiológico y financiero del municipio de Aipe hemos llegado a las siguientes conclusiones, estas no son mas sino nuestras próximas estrategias a desarrollar; vistas desde una mirada global, teniendo en cuenta tanto las debilidades del municipio, como las fortalezas de la institución, las amenazas del entorno y sus diferentes oportunidades, estas son:

	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
	<b>F1:</b> Capacidad de gestión	<b>D1:</b> se evidencia 87 casos de violencia intrafamiliar debido en su mayoría al consumo de bebidas alcohólicas
	<b>F2:</b> Liderazgo y reconocimiento	<b>D2 :</b> no hay cultura ciudadana para el fomento del control social
	<b>F3:</b> población cautiva para el implemento de programas de promoción y prevención	<b>D3 :</b> el aumento considerable de enfermedades patológicas por malos hábitos
		<b>D4:</b> falta de cultura en el buen manejo de basuras
		<b>D5:</b> se evidencian 101 casos de embarazos en adolescentes
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS FO</b>	<b>ESTRATEGIAS DO</b>
<b>O1:</b> la Ley 100/93		
	Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.	Promover la salud sexual y reproductiva.
<b>O2:</b> Ley 115/94		
	promover la convivencia pacifica con énfasis en el ámbito familiar.	desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y las sustancias psicoactivas.
<b>O3 :</b> Decreto 1860/94		
<b>O4:</b> Resolución 4288/96		
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS FA</b>	<b>ESTRATEGIAS DA</b>
<b>A1 :</b> baja cobertura en los programas de prevención de salud rural	promover las condiciones sanitarias en el ambiente domiciliario.	Incluir los grupos al margen de la ley dentro del proyecto
<b>A2:</b> baja cobertura en los servicios de salud a la población estrato 1 y 2		
<b>A3:</b> la no existencia de programas que involucren a la ciudadanía en la conservación del medio ambiente		
<b>A4:</b> grupos armados al margen de la ley en la zona rural		

## 12. FORMULACIÓN DEL PLAN

### 12.1. LÍNEAS DE ACCIÓN

Son aquellas políticas nacionales e internacionales que respaldan a los sectores sociales frente al compromiso de promocionar la educación en salud en infancia y adolescencia ellas son:

#### 12.1.1. A Nivel Internacional

##### **Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas, 20 de noviembre 1989:**

Su espíritu es transformar a niñas y niños en sujetos de una amplia gama de derechos y libertades, reconoce su dignidad como personas y en consecuencia el cumplimiento de sus derechos se hace obligatorio y jurídicamente exigible.

**Naciones Unidas**

##### **Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. 1990:**

Los jefes de estado suscribieron la Declaración mundial para la supervivencia, protección y desarrollo de los niños del mundo. Se plantearon obligaciones en los campos de salud, nutrición, protección, educación, agua potable y saneamiento básico

**Naciones Unidas**

##### **Reunión de Consulta, Costa Rica 1993:**

Coherente con el plan de acción regional de promoción de la salud (OPS 1994) que plantea "el carácter multisectorial y el compromiso que tiene la sociedad como conjunto para lograr la salud y el bienestar requieren del establecimiento de políticas públicas saludables que sustenten el quehacer individual y

colectivo y le den sostenibilidad a los programas mas allá de los cambios político-administrativos; propone impulsar una estrategia de escuelas saludables para fortalecer la promoción y la educación en salud con una perspectiva integral e intersectorial, surgida de la experiencia latinoamericana" presentada por expertos de salud y educación de 12 países

**OPS/OMS**

### **12.1.2. A Nivel Nacional**

#### **Plan Nacional de Acción en Favor de la Infancia PAFI. Presidencia de la República, DNP y la cooperación de Unicef,1992:**

Se instituyó dentro del marco anterior y retomando los planteamientos de la Convención Internacional de los Derechos del Niño y de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia

#### **Pacto por la Infancia:**

Contempla la elaboración de planes territoriales, con acciones en los ámbitos nacional, departamental y municipal con el propósito de comprometer a las instituciones y a los diferentes sectores con la supervivencia, desarrollo, protección y participación de los niños, niñas y adolescentes

#### **En desarrollo de la Constitución Política, se sancionaron: la Ley 100/93:**

Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Plantea un modelo de salud descentralizado, participativo, solidario, que busca la cobertura total de la población en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se presta a través del Plan de Beneficios constituido por: PAB, POS, ATEP y Eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

**Sector Salud**

**Ley General de Educación. Ley 115/94:**

Reglamenta la estructuración de los PEI derroteros de obligatorio cumplimiento donde se articulan intereses de los diferentes actores de comunidad educativa. "La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización del tiempo libre" constituyen una oportunidad para desarrollar la salud de los escolares y abre el espacio para la coordinación con el sector salud.

**Sector Educación****Decreto 1860/94:**

Reglamentario del PEI, e l cual se constituye en espacio para la reflexión y concertación acerca de los problemas que afectan a la comunidad educativa. Los componentes de promoción de estilos de vida y ambientes saludables pueden incorporarse dentro de éste, a través de los proyectos pedagógicos de salud.

**Sector Educación****Resolución 4288/96:**

El PAB está orientado a desarrollar actividades, procedimientos e intervenciones tales como promover la cultura de la salud y crear condiciones ambientales saludables en la familia, la escuela, el trabajo y la población en general. Es formulado y ejecutado por el alcalde a través de los distintos sectores, concertado con la comunidad y responde a las características socioculturales de la población. Es el escenario por excelencia para incorporar soluciones a la problemática de salud de los escolares.

**Sector Salud****Resolución 3997/96:**

Reglamentación del POS (acciones de promoción y prevención a nivel individual, familiar o grupal y que deben ser prestados obligatoriamente por las EPS, ARS e IPS)

**EPS, ARS e IPS PÚBLICAS****Resolución 4210/96:**

En ella se establecen las reglas generales para la organización y el funcionamiento del Servicio Social Estudiantil Obligatorio, el numeral 4.4 establece que el "Servicio Social atenderá prioritariamente necesidades educativas, culturales, sociales y de aprovechamiento del tiempo libre identificadas en la comunidad del área de influencia del establecimiento educativo, tales como la promoción y preservación de la salud

**Sector educación****Resolución 2343/96:**

Se precisan los indicadores de logros curriculares para la educación formal, en donde la naturaleza y el carácter serán indicios, señales, rasgos o conjunto de rasgos, datos o informaciones perceptibles que al ser confrontadas con lo esperado e interpretado de acuerdo con una fundamentación teórica pueden considerarse como evidencias significativas de cambios en los procesos.

**Sector educación****Municipios Saludables por la Paz:**

Coherente con la política de descentralización. Su propósito es mejorar el nivel de salud y bienestar de la población y reducir la violencia.

**Sector Salud****12.1.3. A Nivel Departamental****ORDENANZA**

*"Por la cual se aprueba y adopta el Plan de Desarrollo Departamental Un Huila Unido: Una Construcción Colectiva, y se dictan unas disposiciones para garantizar su ejecución y cumplimiento"*

## **SEMBRANDO ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

Ejecución del Plan de Atención Básica (PAB), mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo referentes al ambiente y consumo, apoyados en el laboratorio de salud pública.

### **OBJETIVO**

Una región cimentada en una cultura de estilo de vida saludable.

### **ESTRATEGIAS**

a. Reorientación en la implementación de los Planes de Atención Básica (PAB) en los municipios y el Departamento, enfatizando en la coordinación con el sector educativo para la inclusión en el pènsun acadèmico, de acciones encaminadas a sembrar y germinar en la poblaci3n escolar, estilos de vida saludables y de convivencia ciudadana que fortalezca sus opciones de vida.

#### **12.1.4. A Nivel Municipal**

Acuerdo No. 009 de 2004: por el cual se adopta el plan de desarrollo 2004-2007 "Aipe, una empresa para todos"

**PROGRAMA:** POLÍTICA MUNICIPIO SALUDABLE

**PROBLEMA A SOLUCIONAR:** El aumento considerable de enfermedades patológicas por malos hábitos

**PROYECTO:** Plan de atención básica PAB

**OBJETIVOS:** Promover estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo físico, del comportamiento y del ambiente de la poblaci3n Aipuna

**METAS:** Garantizar la realización de las acciones de obligatorio cumplimiento de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de la salud pública

**ESTRATEGIAS:** Construcción de asistencia técnica, seguimiento y evaluación del PAB municipal

## **12.2. PROGRAMA**

**12.2.1. MANTENIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA LA VEREDA DE PRAGA MUNICIPIO DE AIPE.** este programa tiene como objetivo implementar las posibles soluciones que se desarrollaron en el análisis DOFA y poner en práctica una nueva estrategia dentro de la comunidad como es el trabajo con un enfoque ecosistémico.

El programa desarrollará 5 proyectos cada uno con sus diferentes actividades, indicadores de evaluación y resultados esperados; los proyectos son:

- a) Salud integral desde la escuela
- b) Estudiando el conflicto
- c) Escuela sexualmente saludable
- d) Jóvenes con futuro
- e) Ambientes y entornos saludables

### 12.3. PROGRAMACIÓN DE ACCIONES

#### Programa De Mantenimiento De La Salud Familiar Y Comunitario Para La Vereda De Praga Municipio De Aipe

OBJETIVO: Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.					
proyecto	Actividades	Indicadores de evaluación	resultados	responsables	valor
Salud Integral Desde La Escuela	1 jornada saludable donde se incluya actividades de fluorización, tamizaje y detección de alteraciones en el desarrollo  5 talleres: maestros y trabajadores alumnos padres de familia	<u>Número de escolares menores de 10 años cubiertos con acciones de prevención de las alteraciones de crecimiento y desarrollo</u> x100 Total de escolares menores de 10 años	Niños menores de 10 años cubiertos con la estrategia de prevención de las alteraciones de crecimiento y desarrollo.	1 medico 1 higienista dental	2.500.000
		<u>Número de escolares de 5 a 14 años cubiertos con acciones de fluorización</u> x100 Total escolares de 5 a 14 años	Fluorización a la población escolar de 5 a 14 años.  Tamizaje visual a la población escolar menor de 12 años.		
		<u>Número de escolares menores de 12 años cubiertos con acciones de tamizaje visual</u> x100 Total de escolares menores de 10 años	Comunidad educativa calificada para promover y prevenir la salud integral desde la escuela: “red de multiplicadores de la salud desde la escuela para el hogar”	1 psicólogo 1 educador físico	2.000.000
		<u>Número de escolares cubiertos con acciones de promoción de la salud</u> x100 Total de escolares			

OBJETIVO: promover la convivencia pacifica con énfasis en el ámbito familiar.					
proyecto	actividades	Indicadores de evaluación	resultados	responsables	valor
Estudiando El Conflicto	5 talleres: estudiantes familia maestros y trabajadores	<u>Número de grados escolares donde se utiliza el diálogo y comunicación para la solución de conflictos</u> x100  Total de grados escolares intervenidos con la estrategia	Comunidad educativa calificada para promover y prevenir la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito familiar: “formación de oídos con mucho corazón”	1 psicólogo	2.000.000
	1 jornada lúdica	1 feria realizada con el 100% de la población escolar	Feria escolar realizada con toda la comunidad educativa donde se exprese y promueva la convivencia pacífica desde la escuela.	1 educador físico	1.500.000

OBJETIVO: Promover la salud sexual y reproductiva.					
proyecto	actividades	Indicadores de evaluación	resultados	responsables	valor
Escuela sexualmente saludable	Planificación familiar en hombres y mujeres en edad reproductiva	$\frac{\text{Número de población escolar educada en los derechos y deberes sexuales}}{\text{Total de la población escolar}} \times 100$	población escolar de 12 en adelante capacitada en planificación familiar .	1 enfermera 1 psicólogo	2.500.000
	Capacitación y apoyo para la disminución de las ITS y embarazos en escolares	$\frac{\text{Número de grados con ausencia de embarazos}}{\text{Total de grados donde se ha implementado la estrategia}} \times 100$	población escolar capacitada en la promoción y prevención de ITS y embarazos no deseados.		2.500.000
	información a la comunidad educativa sobre los derechos y deberes sexuales	$\frac{\text{Número de escolares de 12 años en adelante cubiertos con acciones de capacitación en planificación familiar}}{\text{Total escolares de 12 años en adelante}} \times 100$	Comunidad educativa calificada para promover los derechos y deberes sexuales.		3.750.000

OBJETIVO: desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y las sustancias psicoactivas.					
proyecto	actividades	Indicadores de evaluación	resultados	responsables	valor
Jóvenes Con Futuro	la difusión de los factores o condiciones de riesgo a que esta expuesta la población escolar.	$\frac{\text{Número de grados donde se desarrollan programas para la mejor utilización del tiempo libre}}{\text{Total de grados intervenidos con la estrategia}} \times 100$	Comunidad educativa calificada para promover y prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.	1 psicólogo	2.000.000
	conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con salud y ambiente que lleven a la acción y adopción de comportamientos saludables.		Feria escolar realizada con toda la comunidad educativa donde promueva la salud y prevenga el consumo de sustancias psicoactivas.		1.500.000

OBJETIVO: promover las condiciones sanitarias en el ambiente domiciliario.					
proyecto	Actividades	Indicadores de evaluación	resultados	responsables	valor
Ambientes Y Entornos Saludables	la creación de entornos saludables en los centros educativos	<u>Número de población escolar educada en prevención de vectores</u> Total de la población escolar x100	Detección y Creación de mínimo 3 lugares con mejoramiento de las condiciones sanitarias en el entorno escolar.		2.500.000
	la creación de entornos saludables en los hogares	3 entornos saludables como mínimo, creados dentro de la institución.	60 familias visitadas como mínimo, para la revisión del mejoramiento en sus condiciones sanitarias domiciliarias.	2 enfermeras 2 psicólogos	3.000.000
	Promoción de la salud y prevención de vectores	<u>Número de hogares donde se han mejorado las condiciones sanitarias y ambientales</u> Total de familias intervenidas con la estrategia x100	Comunidad educativa calificada para promover las optimas condiciones sanitarias y prevenir los vectores tanto en la escuela como en el domicilio.		2.000.000

**CUADRO 17**  
**PLAN OPERATIVO**  
**AÑO 2006**

**AÑO 2007**

**AÑO 2008**

ACTIVIDAD	RESPONSABLES	METAS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Salud Integral Desde La Escuela	1 medico 1 higienista dental 1 psicólogo 1 educador físico	2 jornadas saludables	2.500.000	5.000.000	2.650.000	5.300.000	2.783.500	5.567.000
		5 talleres	400.000	2.000.000	420.000	2.100.000	441.000	2.205.000
Estudiando El Conflicto	1 psicólogo 1 educador físico	5 talleres	400.000	2.000.000	420.000	2.100.000	441.000	2.205.000
		1 jornada lúdica	1.500.000	1.500.000	1.575.000	1.575.000	1.653.750	1.653.750
Escuela sexualmente saludable	1 enfermera 1 psicólogo	35 talleres	250.000	8.750.000	270.000	9.450.000	250.000	8.750.000
Jóvenes Con Futuro	1 psicólogo	5 talleres	400.000	2.000.000	420.000	2.100.000	441.000	2.205.000
		1 jornada	1.500.000	1.500.000	1.575.000	1.575.000	1.653.750	1.653.750
Ambientes Y Entornos Saludables	2 enfermeras 2 psicólogos	1 jornada	2.500.000	2.500.000	2.650.000	2.650.000	2.783.500	2.783.500
		60 visitas	50.000	3.000.000	52.500	3.150.000	55.125	3.307.500
		5 talleres	400.000	2.000.000	420.000	2.100.000	441.000	2.205.000
			TOTAL: 30.250.000.00		TOTAL: 32.100.000.00		TOTAL: 32.535.500	

#### **12.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Para un satisfactorio desarrollo y conclusión del programa propuesto se plantearon unas evaluaciones que se harán conforme a lo estipulado anteriormente en la programación de acciones, cada proyecto tendrá sus indicadores de evaluación coherentes a los resultados y actividades esperadas además el seguimiento al programa se hará de manera constante y esta labor será desarrollada por los ejecutores del programa, la comunidad educativa y las instancias de la vereda y el municipio que lo crean conveniente.

### 13. CONCLUSIONES

En Colombia la situación de los escolares dista mucho de lo deseado en cuanto a condiciones favorables para, la salud, el aprendizaje y la calidad de vida. Aún cuando la mortalidad y la morbilidad en este grupo poblacional no son muy altas, si existen condiciones y prácticas de riesgo que se pueden controlar o eliminar mediante el desarrollo de una estrategia transectorial para promover la oportunidad de vivir sanos y felices.

El ausentismo escolar, la violencia, el trabajo de los menores, la deficiente nutrición, la falta de hábitos saludables, la pérdida de valores para la vida, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas así como las relaciones sexuales precoces y sin protección, así como la inequidad en el acceso a servicios básicos, constituyen factores de riesgo que deterioran la salud de nuestros jóvenes y determinan que no tengan la calidad de vida que les permita el desarrollo de sus propias potencialidades. Además la salud mental de la familia está íntimamente relacionada con la violencia dentro de nuestros hogares y en otros contextos. Los conflictos en las parejas, la desintegración de la unidad familiar, la marginación social, las angustias y las frustraciones que genera la búsqueda del sustento diario, en el contexto de la pobreza, hacen que se pierda el sentido de la protección que se debe a los niños y adolescentes.

Para transformar esta situación se requiere la intervención transectorial y de la sociedad en general sumando competencias, responsabilidades y recursos.

Solo mediante un esfuerzo conjunto, sistemático e integrado se podrán adelantar acciones para elevar la calidad de vida de las familias de nuestra población escolar.

Cuando se definen y comparten valores para vivir, se identifican principios, se adoptan comportamientos, se estarán brindando las condiciones para que la convivencia pacífica forme parte de la cultura de niños, niñas y jóvenes colombianos.

Una educación integral debe orientarse a la formación de la persona en la autoestima, la autonomía, la dignidad humana, la convivencia y la salud. Como proceso debe ser dinámica, dialogal, intencionada y permanente. La educación legitima un espacio formal en la escuela para reflexionar acerca de los hábitos y comportamientos de niños, niñas y jóvenes para construir de manera colectiva mejores formas de relación en una cultura tolerante, creativa, que respete las diferencias y que haga posible la vida y el amor.

## 14. RECOMENDACIONES

Este proyecto implica un importante esfuerzo de coordinación para el logro de objetivos comunes, y de las metas en salud que serán fijadas por el equipo de trabajo, pero fundamentalmente se espera un real compromiso de todos cuantos tienen que ver con la salud de nuestros niños, niñas y jóvenes, y con la construcción de un futuro mejor para el país. La paz y la salud para nuestros menores y a través de ellos paz y salud para la sociedad.

**14.1. Desarrollo De Una Participación Social Genuina.** Se espera que este proyecto sea una práctica efectiva en la fijación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de acciones de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud al ser el eje fundamental para la sostenibilidad de una escuela saludable, dentro del marco del componente de Interacción Comunitaria del PEI, al mejorar la participación entre la escuela y la comunidad, involucrando madres y padres de familia, el sector público y privado y la sociedad en general en torno al bienestar de los escolares.

**14.2. El Rescate Y Fortalecimiento De Valores.** Para el óptimo desarrollo del proyecto se debe tener muy en cuenta la defensa de valores como instrumentos de cambio social y requisito básico para la convivencia pacífica. Entre ellos están: la libertad, la paz, el respeto, el amor, la humildad, la honestidad, la felicidad, la responsabilidad, la sencillez, la tolerancia, la cooperación y la unidad.

**14.3. Desarrollo De Aptitudes Favorables En Salud.** Se espera que la promoción de la salud favorezca el desarrollo personal y social mediante la información, la educación y el desarrollo de aptitudes indispensables para la vida. Así se aumenta el empoderamiento de la población para que ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que le propicie salud.

**14.4. Creación De Ambientes Y Entornos Favorables Para La Vida.** El proyecto pretende fomentar el apoyo recíproco de protegernos los unos a los otros, así como a nuestras comunidades y a nuestro medio natural. Esperamos que estas acciones mas adelante contribuya a la creación de ambientes y entornos tanto físicos, como psicológicos y sociales que conduzcan al bienestar y productividad de los escolares y a controlar o eliminar factores de riesgo para la salud; y que su propósito fundamental sea crear o sostener ambientes y procesos favorables al aprendizaje de habilidades para la vida.

## 15. BIBLIOGRAFÍA

Acuerdo 117, diciembre de 1998.

Acuerdo 229, de 2002.

AIPE – Capital Petrolera Surcolombiana, Mejía Vera Esther Julia. E.J. producciones. Aipe, 2003.

Arias, Liliana. El Ciclo Vital Familiar. Desarrollo e Intervención Anticipatorio. II

Asociación Epidemiológica Internacional

BARATO G. Saul, familias y comunidad, ediciones Usta 1985.

Circular 18, febrero 18 de 2004

Echeverri de F.L Antropología y Familia. Ediciones Tercer Mundo, 1985

Echeverri, L. Maria. La Salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la desigualdad y la violencia. Bogotá. Agosto, 2001

Esteva Fabregat, claudio. Cultura, sociedad y personalidad. Barcelona: Anthropos, 1993.

GUTIERRES DE PINEDA. Virginia, estructura, función y cambio de la familia en Colombia. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia 2ª edición 1999.

Hernández C. Ángela. Familias, ciclo vital psicoterapia sistémica breve. Editorial Búho-Colombia, 1997

Kleinke, Chrisl, principios comunes en psicoterapia. Editorial Desclee de Brouwer, S.A. bilbao, 1995

Medalie J. "Medicina Familiar" principios y prácticas, 1987

MINSAL. Salud Familiar en Colombia. 1999.

O.P.S. la salud pública en las américas, abril 2000.

P.A.B. MUNICIPIO DE AIPE, Aipe, una empresa saludable. Vigencia 2004.

papalia D –Wendkos S. "psicología del desarrollo", 1989

Resolución 412, 25 de febrero de 2000.

Resolución 4288, noviembre 20 de 1996.

Restrepo H. Las políticas de Promoción de la Salud en la OPS. Ministerio de salud, OPS. Bogotá, 1992

Seminario Nacional de Salud Familiar. Mayo, 1991

Varios. Relatos de las discusiones sobre promoción de la salud. OPS, OMS. Washington, 1992

## RESUMEN

### PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR PARA LA POBLACIÓN RURAL DE LA VEREDA DE PRAGA DEL MUNICIPIO DE AIPE-HUILA

Una Escuela Saludable se convierten en una herramienta importante dentro de la estrategia Municipios Saludables por la Paz orientados a la movilización social, y basados en la implementación de acciones colectivas para mantener y mejorar las condiciones de salud y desarrollo con el fin de impactar en el bienestar colectivo privilegiando a la población más vulnerable, constituyéndose la escuela en uno de los espacios sociales más estratégicos en el ámbito local.

Es por esto, que este programa pretende asumir el reto de fortalecer entornos y ambientes educativos que contribuyan al desarrollo de niños, niñas, jóvenes, maestros, madres, padres de familia, en fin, de la comunidad educativa, en condiciones saludables, como personas capaces de analizar, decidir e investigar dentro de los principios de respeto a los derechos humanos y a los valores para vivir, con conciencia y compromiso social.

En concordancia con estos planteamientos se presenta este documento, preparado intersectorialmente para definir los lineamientos básicos en tres grandes áreas: educación en salud, ambientes y entornos saludables que conllevan a la promoción de la convivencia pacífica y por ende a la paz. Igualmente se proponen las líneas de acción, las estrategias y actividades que le competen a cada sector en el desarrollo de la promoción de la salud en el ambiente escolar.

Este material presenta el perfil del escolar Aipuno, su situación demográfica, de salud y educación, así como las principales condiciones de riesgo que enfrenta: por el manejo de factores y condiciones biopsicosociales tales como el maltrato en general, su sexualidad, los embarazos tempranos y no deseados, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y SIDA; por la exposición a ambientes y entornos desfavorables; por los problemas relativos al aprendizaje del

consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; por accidentalidad, lesiones accidentales e intencionadas; por trastornos de la salud mental y por problemas de desnutrición e higiene bucal, además de enfermedades endémicas como la tuberculosis, el paludismo, el dengue entre otras.

Al mismo tiempo, presenta la existencia de mayor conciencia sobre los muchos problemas a que el escolar se enfrenta y no que el escolar sea en sí mismo el problema; por el contrario se piensa que es él, el elemento clave para su solución. Para que pueda efectuar la contribución a la familia, la comunidad y la sociedad en que vive, es imprescindible que se le preste atención suficiente a sus necesidades integrales así como a sus capacidades. Además, es importante tener en cuenta que solo si se satisfacen estos derechos, estará en condiciones de beneficiarse con los aspectos positivos de los rápidos cambios que se producen en torno a él, para convertirlo en el comienzo saludable del nuevo milenio. Este es el enfoque con el cual se ha trabajado el documento.

De acuerdo con lo anterior, este documento está dirigido a maestros, directores de núcleo escolar, directivos de centros educativos, escolares, asociaciones de padres de familia, coordinadores del Plan de Atención Básica, personal directivo y operativo de salud, educación, ICBF, medio ambiente, alcaldes, concejales, empresa privada, en fin a toda la comunidad educativa en particular y a la sociedad en general.

El propósito de este programa es entonces entrar en la dinámica que exigen los cambios del tercer milenio mediante una gestión coordinada de los diferentes sectores sociales de manera que se aumente el impacto y se consolide la participación de la comunidad educativa y ciudadana en torno a un objetivo común: contribuir al desarrollo humano de los escolares Aipunos y por tanto al desarrollo del departamento. Se espera que este texto sea enriquecido con diferentes experiencias y conocimientos en pro de una mayor y mejor calidad de vida de nuestra población Aipuna.

## SUMMARY

### PROGRAM OF MAINTENANCE OF THE FAMILIAR HEALTH FOR THE RURAL POPULATION OF THE PATH OF THE PRAGUE OF THE AIPE-HUILA MUNICIPALITY

A Healthful School Healthful Municipalities by La Paz oriented to the social mobilization become an important tool within the strategy, and based on the implementation of collective actions to maintain and to improve the conditions of health and development with the purpose of hitting in the collective well-being privileging the most vulnerable population, constituting the school in one of the social spaces more strategists in the local scope.

This is by, which this program tries to assume the challenge to fortify educative surroundings and atmospheres that contribute to the development of children, children, young people, teachers, mothers, parents of family, in short, of the educative community, in healthful conditions, like people able to analyze, to decide and to investigate within the principles of respect to the human rights and the values to live, with conscience and social commitment. In agreement with these expositions east document, prepared appears intersectorially to define the basic lineamientos in three great areas: healthful education in health, atmospheres and surroundings that entail to the promotion of the pacific coexistence and therefore to La Paz.

Also the attachment lines set out, the strategies and activities that are incumbent on to him to each sector in the development of the promotion of the health in the scholastic atmosphere. This material presents/displays the profile of student Aipuno, its demographic situation, of health and education, as well as the main conditions of risk that faces: by the handling of factors and biopsicosociales conditions such as I mistreat in general, its sexuality, the early and not wished pregnancies, the abortion, the diseases of sexual transmission and AIDS; by the exhibition to atmospheres and unfavorable surroundings; by the problems relative to the learning of the alcohol consumption, tobacco and other drugs; by accidental and deliberate accidentalidad, injuries; by upheavals of the mental health and problems of undernourishment and buccal hygiene, in

addition to endemic diseases like the tuberculosis, the paludismo, dengue among others.

At the same time, it presents/displays the existence of greater conscience on the many problems that the student faces and not that the student is in itself the problem; on the contrary one thinks that he is he, the key element for his solution. So that it can carry out the contribution to the family, the community and the society in which it lives, it is essential that sufficient attention to its integral necessities as well as to their capacities is lent to him. In addition, it is important to consider which single if these rights are satisfied, it will be able to benefit with the positive aspects of the fast changes that take place around him, to turn it the healthful beginning of the new millenium. This it is the approach with which the document has worked. In agreement with the previous thing, this document is directed to teachers, directors of scholastic nucleus, directors of educative, scholastic centers, associations of family parents, coordinators of the Basic Plan of Attention, personal operative director and of health, education, ICBF, medio.ambiente, mayors, councilmen, deprived company, in aim to all the educative community in individual and to the society in general.

The intention of this program is then to enter dynamics that demands the changes of the third millenium by means of a coordinated management of the different social sectors so that the impact is increased and the participation of the educative and citizen community around a common objective consolidates: to contribute to the human development of Aipunos students and therefore to the development of the department. One hopes that this text is enriched with different experiences and knowledge for a greater and better quality from life of our Aipuna population.