

**PLAN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL PARA LAS MUJERES GESTANTES
DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL
CAGUAN-CAQUETA**

AUTOR

RAQUEL CUEVAS
TRABAJADORA SOCIAL

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
MEDICINA FAMILIA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL
NEIVA
2005

**PLAN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL PARA LAS MUJERES GESTANTES
DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL
CAGUAN-CAQUETA**

AUTOR

RAQUEL CUEVAS NARVAEZ
TRABAJADORA SOCIAL

Proyecto como requisito para optar al título de
Especialista en Gerencia en Salud Familiar Integral

Asesor de Investigación:

AMPARO PARAMO HERNANDEZ
Mg en terapia de familia
Especialista en Medicina familiar

JOSE DOMINGO ALARCON
Especialista en Medicina Familiar

CICERON CUCHIMBA
Especialista en Gerencia en los Servicios de Salud y Seguridad Social

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
MEDICINA FAMILIA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL
NEIVA
2005

- - - Nota de aceptación

Neiva, Junio de 2005

AGRADECIMIENTOS

El autor expresan sus agradecimientos a:

AMPARO CHAVARRO HERNANDEZ, Mg en terapia de familia, Especialista en Medicina familiar, Coordinadora de la Especialización en Salud Familiar Integral, por su apoyo, interés, responsabilidad, dedicación, y sus valiosos aportes y constante motivación a esta especialización.

JOSE DOMINGO ALARCON, Especialista en Medicina Familiar, Por su valiosa información en las Tutorías asignadas.

CICERON CUCHIMBA Especialista en Gerencia en los Servicios de Salud y Seguridad Social, Por su apoyo brindado en los aspectos legales y administrativos del proyecto.

A nuestras familias por su paciencia, apoyo y dedicación para la consecución de esta especialización.

LISTAS DE ANEXOS

Anexo 1, Formato de Entrevista

Anexo 2, Portafolio de Servicios Hospital Local San Rafael

RESUMEN

El diagnóstico de salud familiar realizado a gestantes que consultan al hospital local San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá elaborado por la estudiante de postgrado de la especialización de salud familiar integral de la facultad de ciencias de la salud de la universidad Surcolombiana; permitió identificar la siguiente problemática en las familias con gestante:

- Muchas de las embarazadas son adolescentes
- Algunas embarazadas son de procedencia del área rural, que es bastante distante.
- No se inscriben en los programas por tramitologías en la institución.
- sus partos con gran frecuencia son atendidos por parteras en sus casas.
- Acuden a los servicios de salud solo cuando hay complicaciones en su embarazo.

se propone el proyecto de desarrollo titulado plan de salud familiar integral para las mujeres gestantes del hospital local San Rafael del municipio de de San Vicente del Caguán, Caqueta.

con el propósito de implementar cambios de comportamientos y hábitos que conduzcan a fortalecer los factores de riesgo e intervenir para mejorar los factores protectores. y lograr el mantenimiento de la salud a través de los servicios a ofrecer.

- * Servicios de promoción de la salud.
- * Servicio de prevención de la salud.

que se desarrollo a través de un equipo interdisciplinario familiar que aplicará los principios a la salud familiar integral.

.

SUMARY

The diagnosis of family health carried out to gestantes that consult to the local hospital San Rafael of the municipality of San Vicente of the Caguán, Caquetá elaborated by the student of graduate degree of the specialization of health family integral of the ability of sciences of the health of the university Surcolombiana; it allowed to identify the following one problematic in the families with gestante:

- Many of the pregnant ones are adolescent
- Some pregnant ones are of origin of the rural area that is enough distant.
- They don't register in the programs for tramitologías in the institution.
- their childbirths with great frequency are assisted by midwives in their houses.
- They go to the alone services of health when there are complications in their pregnancy.

he/she intends the project of development titled plan of health family integral for the women gestantes of the local hospital San Rafael of the municipality of of San Vicente of the Caguán, Caqueta.

with the purpose of implementing changes of behaviors and habits that lead to strengthen the factors of risk and to intervene to improve the protective factors.
and to achieve the maintenance of the health through the services to offer.

* Services of promotion of the health.

* Service of prevention of the health.

that you development through a family interdisciplinary team that will apply the principles to the integral family health.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva en general, y en particular todos los factores que tienen que ver con la maternidad segura y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos asociados a ésta, como el derecho a la vida, reflejan de manera directa el nivel de desarrollo de un país y el grado de reducción de las inequidades sociales y económicas que lo afectan. En lo que se refiere a la mortalidad materna, esto puede expresarse de la siguiente manera: mientras menor sea el número de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo y el parto, puede decirse que el nivel de desarrollo de un país es mayor. En este sentido, cualquier conjunto de acciones que apunte a reducir la mortalidad materna tiene un impacto significativo sobre los diferentes factores que condicionan la inequidad y el subdesarrollo de un país. La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. A pesar de que desde hace varias décadas en Colombia se ha trabajado con iniciativas para la reducción de la mortalidad materna se siguen teniendo cifras altas que se estiman en 104,9 por 100.000 nacidos vivos con diferencias importantes por departamento, por grupo atareo y por condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población, entre otras.

En el desarrollo de las acciones para la reducción de la mortalidad materna en nuestro país se han involucrado diversos actores gubernamentales y no gubernamentales que, desde sus competencias y responsabilidades, han

contribuido a que la mortalidad materna se aparte de la agenda de trabajo del sector salud. Sin embargo, pese a los diferentes esfuerzos realizados pareciera que no hemos dado en el blanco: las cifras de mortalidad materna siguen siendo preocupantes. Por ello, el actual gobierno incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública en la política nacional de salud sexual y reproductiva se estableció en concordancia la estrategia de maternidad segura. Con el fin de reforzar estas medidas ha decidido movilizar a todos los actores relacionados entorno a un plan de choque que restituya la importancia de la reducción de la mortalidad materna en el país y desencadene acciones que puedan impactarla rápidamente.

El plan que aquí se presenta se formula como una acción prioritaria y hace parte de un conjunto de políticas, planes y proyectos de más largo alcance, entre los que se destaca la política nacional de salud sexual y reproductiva. El objetivo último de estas estrategias más generales es reducir en un 50% la mortalidad materna por causas evitables en este gobierno. Para la elaboración de este plan se revisó la bibliografía más relevante sobre la reducción de la mortalidad materna y se adelantó un proceso de consulta con expertos/as (organismos internacionales, EPS/ARS/IPS, Direcciones Territoriales de Salud, académicos, centros de investigación, universidades, comunicadores, etc.).

Esperamos que en este plan se comprometan todos los actores a los que se está convocando, que la mortalidad materna sea tema prioritario en la agenda no sólo del sector salud sino de la sociedad en su conjunto y que esto se traduzca en una mejor atención del embarazo y el parto y la consecuente y necesaria reducción de las muertes maternas en el municipio.

El Plan Propuesto presenta un enfoque familiar, considerando el núcleo familiar la base del auto cuidado, que se busca como eje de la promoción de la salud en los proyectos a desarrollar.

La familia gestante debe ser integrada motivada para lograr su participación activa, consiente y responsable en el acompañamiento de la gestante; con la labor interdisciplinaria buscando como objetivo común: El mejorar la salud de la gestante disminuir la mortalidad perinatal y fortalecer la cultura del auto cuidado en todos los ciclos vitales.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1 POLITICAS DE ACCION NACIONAL

El estancamiento (y/o aumento) de las cifras de mortalidad materna en la última década se presenta a pesar de contar con la formulación e implementación de iniciativas concretas para su reducción. En el contexto de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de la Protección Social/MPS (antes Ministerio de Salud) en colaboración con instituciones con responsabilidades en el tema ha establecido directrices para el mejoramiento de la atención obstétrica, la red de prestadores de servicios, el monitoreo, seguimiento, la vigilancia y control de las acciones que permiten la reducción de factores de riesgo y de la mortalidad materna. A partir de la Ley 100 de 1993 en donde se privilegia la atención materno infantil se han expedido diversos actos legislativos que pretenden dar solución a los problemas más relevantes.

El Ministerio de Salud, a través del Acuerdo 117 de 1998 y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y con la Resolución 412 de 2000 elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos técnicos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y peri natales). Las normas técnicas establecen las acciones más costo efectivas para realizarse en la población, de manera secuencial y sistemática. Existe una norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, para la atención del parto (incluye la atención del puerperio) y para la detección de las alteraciones del embarazo. De igual manera, se diseñaron guías de atención para patologías de alta frecuencia y

que causan importante carga social y económica en el país. Estas son propuestas de abordaje para la hipertensión inducida por el embarazo y las hemorragias asociadas al mismo, patologías que causan un alto número de muertes maternas. El MPS y el FNUAP realizaron un amplio proceso de difusión nacional de estos documentos técnicos en 2001.

Estas normas técnicas y guías de atención cuentan con un sistema de monitoreo y control llamado Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras que tiene indicadores recumplimiento de las acciones planteadas en las normas. Adicionalmente, se monitorean los casos de muertes maternas como un indicador centinela de calidad. Pese a estos importantes y extensos desarrollos técnicos normativos, en las evaluaciones realizadas al Régimen Contributivo se observan indicadores de cumplimiento (consultas de control prenatal, atención del parto institucional, consulta del puerperio, entre otros) en grado deficiente o muy deficiente en la mayoría de EPS.

Esta situación podría indicar que no se cumplen las directrices de las normas técnicas y las guías de atención y no se hace el énfasis suficiente en la inducción de la demanda hacia los servicios de salud.

En el Régimen Subsidiado, las Administradoras tienen la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio, planificación familiar y atención neonatal. A su vez, deben cumplir de igual manera con los lineamientos técnicos de normas técnicas y guías de atención y con los indicadores de cumplimiento y centinela de calidad. La vigilancia de estas acciones es función de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). Sin embargo, el proceso de monitoreo y seguimiento a las ARS ha tenido

dificultades en algunos departamentos y distritos y los indicadores, en general, tampoco han mostrado un desempeño adecuado.

Es preocupante también que a partir de la expedición de la Ley 715 de 2001 y del Acuerdo 229 Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), los municipios deben hacerse cargo de la prestación de las acciones de planificación familiar, vacunación y detección del cáncer de cuello uterino para los/as afiliados/as al Régimen Subsidiado fragmentando de esta manera la atención de estos eventos. En efecto, la evaluación de la gestión de las acciones realizadas por los municipios muestra que cerca del 47% de éstos no reportan realización de actividades de planificación familiar y del 53% que reporta acciones, la mayoría se sitúa en los rangos deficiente y muy deficiente.

Las condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de complicaciones, el proceso de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes han sido reglamentadas a través del proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (Resolución 2309). Sin embargo, es claro que existen zonas del país en donde estas condiciones de seguridad y calidad no se tienen, lo cual conlleva riesgos para las mujeres que se atienden allí.

Las IPS se han habilitado ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, quienes han realizado la verificación de la habilitación a los prestadores de servicios y concertado los planes de mejoramiento consecuentes. No obstante, se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a estos procesos e iniciar una auditoria continua de la calidad enfocada en el mejoramiento de la atención prenatal y obstétrica, los mecanismos de referencia y contrarreferencia y el traslado de pacientes.

El MPS ha priorizado el ingreso de las mujeres gestantes vinculadas al Régimen Subsidiado (Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Sociales Salud/CNSSS). Esta medida permite que dichas mujeres cuenten con cobertura de servicios de atención prenatal, parto y puerperio, atención en planificación familiar y atención de las complicaciones.

Al inicio del presente gobierno se incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad de salud pública y en febrero de 2003 se formuló la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en donde uno de los temas de principal interés es la promoción de la maternidad segura con una meta de reducción de la mortalidad materna de un 50%. En esta política, además, se establecen estrategias para el abordaje del tema y acciones concretas que involucren a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En las directrices expedidas para el Plan de Atención Básica (PAB) se incluye la reducción de la mortalidad materna como una de las líneas de acción prioritarias y determina acciones concretas para su intervención así como indicadores para su monitoreo y vigilancia (Circular 52 de 2003 y 18 de 2004).

En relación con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna existen diversos actos administrativos (Resolución de Estadísticas Vitales 1347 de 1997, Resolución 3148 de 1998 sobre Comités de Estadísticas Vitales en las Direcciones Territoriales y Decreto 955 de 2002 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales), que dan las directrices para el proceso de registro y procesamiento de las estadísticas vitales y la vigilancia de la mortalidad evitable en unidades operativas. Las muertes maternas son objeto de reporte obligatorio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

Los resultados de un diagnóstico sobre salud familiar no son suficientes por sí solos para diseñar una propuesta de desarrollo a nivel familiar, se hace necesario atender parámetros conceptuales que den forma y esencia a un determinado plan de acción.

Para el caso particular de una propuesta de desarrollo familiar integral, como la que se persigue, es preciso tener claridad sobre cómo se asumen una serie de conceptos que tendremos la oportunidad de abordar a continuación.

Se entiende por desarrollo integral como la capacidad de crecimiento que tienen los pueblos para identificar, debatir y dar solución sostenible a sus problemas, con el menor costo económico, social y ecológico y en ocasiones provocando una mayor calidad de vida en sus habitantes.

La cultura es el conjunto de conocimientos de una sociedad, lo que conlleva a un sistema de creencias y tradiciones, un sistema de valores y un sistema de acciones, todos estos conjuntos anteriormente mencionados, son logrados por la humanidad, que en un sentido amplio incluye tanto los espirituales como los tecnológicos. En ciertos aspectos, cultura es sinónimo de civilización, que en el fondo son siempre formas de cultivo de facultades y conocimientos a través de los cuales se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus relaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden.

Los estilos de vida se traducen en conductas personales, pero que son fuertemente influenciadas 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.

Etimológicamente, promoción es la acción de promover y promover es impulsar, subir de nivel, destacar y facilitar el acceso, hacer más asequible algo.

En términos operativos, la promoción de la salud también se puede definir como la integración de las acciones que se realiza la población, los servicios de objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física y psíquica de los individuos y las colectivas.

Consideramos entonces promoción de la salud como una estrategia que facilita el proceso de cambio social mediante el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su medio ambiente natural, social y cultural para mejorar estilos de vida, hábitos y calidad de vida con el concurso de todos los sectores y las personas, en la búsqueda de una cultura de salud.

Así las cosas, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos todos los medios y actividades necesarios que se realizan para evitar la enfermedad, mejorando su salud y ejerciendo un mayor control sobre la misma.

Las políticas públicas de la promoción de la salud son aquellas que persiguen poner opciones de salud frente a los individuos, haciendo que las opciones mas saludables sean las más fáciles de elegir mas equitativas para todos. En estas políticas están comprometidos: gobierno nacional, departamental y municipal, el congreso, autoridades sanitarias y educativas, autoridades relacionadas con desarrollo económico, el sector privado, academias y comunidades científicas, iglesia, medios de comunicación y todo aquel que incida en nuestros valores y aptitudes, que tome parte en la producción y consumo de nuestros bienes y servicios. Es un excelente principio para lograr que las acciones saludables sean las mas fáciles de hacer.

La formulación de estas políticas, leyes y recomendaciones puede abarcar una gran cantidad de áreas dependiendo de las necesidades y realidades locales; recopilar información de las alternativas existentes y utilizadas puede servir como ejemplo y como base para el diseño de políticas en cada programa específico. Los políticos y administrativos de nivel nacional y/o local deben disponer del conocimiento para formular y evaluar políticas que conduzcan a una mejor calidad de vida y que a su vez sean adecuadas a las necesidades de la comunidad.

Algunas políticas requerirán del apoyo a nivel nacional y otras pueden ser elaboradas e implementadas por nivel local. Las experiencias muestran que la población termina aceptando dichos reglamentos considerándolos positivos y creando un entorno favorable.

En pocas palabras, son específicamente los supuestos conceptuales y las acciones consecuentes, impulsadas por las autoridades del estado.

Las estrategias de gerencia en la promoción de la salud son todas aquellas acciones de dirección que desarrollan las personas responsables de dirigir entidades de salud, sus áreas o unidades funcionales o programadas de salud pública que coadyuvan con el sistema de salud a alcanzar sus metas en cumplimiento de sus principios y fundamentos.

Las estrategias públicas de promoción de la salud, es la acción coordinada 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 grato y limpio.

La inequidad es un indicador de injusticia social. La muerte, la enfermedad, incapacidad y sus factores condicionantes personales y medio ambiente no se distribuye al azar. De forma sistemática, los grupos socialmente desfavorecidos sufren mayores deficiencias de salud. La inequidad en términos de salud se refiere a las diferencias que no solo son evitables, sino injustas. La equidad conlleva igualdad de oportunidades para conseguir el máximo de desarrollo del individuo. Es pues otra meta inseparable del fomento de la salud.

Todas las instituciones que conforman el sector salud y la sociedad tiene la obligación de promover aptitudes solidarias, respeto por la convivencia en medio de la diversidad cultural y la práctica de la democracia. Especial responsabilidad en este aspecto tiene las instituciones públicas, el sistema educativo, los medios de comunicación y la familia.

La descentralización es uno de los retos más grandes del nuevo estado colombiano. Todas las localidades y regiones de nuestro país tienen la obligación de labrarse su propio futuro en todos los campos del desarrollo. Se trata de entender que somos autónomos en la creación, vigilancia y manejo de los proyectos para lograr mejores condiciones de vida.

La salud es la resultante de la interacción armónica de las condiciones biológicas, síquicas, sociales y culturales del individuo, con su entorno y con la sociedad, que le permite acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida, es un servicio público, incluido en los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

Obviamente la complejidad de los problemas de salud pública en Colombia no puede reducirse en su abordaje a los programas de salud pública. Problemas como la violencia, la inequidad, la cobertura limitada del aseguramiento en salud,

el volumen de población no cubierta por subsidios a la demanda, la falta de acceso al saneamiento básico de la población de una cuarta parte de los colombianos exigen de definiciones mas profundas. Exigen la definición de una verdadera política pública que tenga como fundamento principal el derecho a la salud, englobado en este el derecho de la población a la asistencia sanitaria, al bienestar y a la calidad de vida, a la seguridad, al derecho a la vida y a la participación ciudadana

2. JUSTIFICACIÓN

La educación para el auto cuidado es un componente pedagógico que busca generar cambios fundamentales en comportamientos, actitudes y valores personales y familiares encaminados al mejoramiento de la calidad de vida, mediante el desarrollo de potencialidades y de la búsqueda de soluciones de patologías frecuentes en esta etapa de gestación.

El desarrollo del componente del Plan de Salud Familiar integral debe responder al concepto de un ser dinámico e integral y a una escuela que lo posibilite. La educación en el auto cuidado pedagógicamente debe entenderse como un proyecto, es decir una construcción permanente de espacios que permitan el desarrollo de procesos de autonomía, autoestima, convivencia y salud familiar.

La situación social que vive nuestro Municipio no esta enmarcado únicamente en el conflicto armado y la violencia sino también el alto índice de morbi mortalidad materna y perinatal, que es una problemática de salud muy sentida en nuestra comunidad:

Los problemas que han afectado la salud del municipio son los siguientes:

* que no han habido políticas para el CPN, para ayudar a disminuir la morbi- mortalidad del municipio y fortalecer esta población que se encuentra vulnerable.

* en la ley 100 prevalece la prestación de los servicios de salud dejando aun lado los programas de PYP y como consecuencia de ello las patologías controlada vuelven a surgir y adicionalmente nuevas patologías.

Teniendo en cuenta las estadísticas de consulta externa, urgencias y hospitalización son evidentes las complicaciones que se presentan con las mujeres embarazadas, creando gran preocupación a los organismos de salud pública para propender disminuir las causas de morbilidad y mortalidad en este grupo de mujeres.

Estas complicaciones se dan debido a los siguientes factores:

- * Muchas de las maternas son adolescentes.
- * Algunas de las mujeres en embarazo provienen del área rural o se encuentran lejos del perímetro urbano y son atendidas por parteras.
- * Las mujeres embarazadas se desplazan a la institución solo cuando van a dar a luz.
- * Las mujeres embarazadas no se inscriben a los programas del hospital por la tramitología y la mala información y atención de las personas a cargos de los programas.

3. METODOLOGÍA

La población objeto del proyecto será captada a través del Hospital Local San Rafael.

La información primaria se recolectará a través de entrevista y secundaria a través de la historia clínica que maneja el servicio del Hospital.

El proyecto tendrá reuniones periódicas en primera instancia con los trabajadores de la institución para analizar la información recolectada en la historia clínica; en una segunda instancia se tendrá reuniones con las gestantes 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 en toda la comunidad rural.

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

La capacitación a los trabajadores del hospital como proceso permanente de enseñanza de estilos de vida saludables y construcción de valores y habilidades en su quehacer profesional y personal.

El Medio ambiente hospitalario y su entorno saludable como creación no solo de condiciones físicas mínimas sanitarias y de higiene del ambiente físico del Hospital sino del clima emocional y social que afecta el bienestar y el

acercamiento de las gestantes y de la comunidad en general a los servicios de salud.

El **Acceso a servicios de salud** como medio de favorecer y proteger el sano desarrollo de las gestantes.

El desarrollo sinérgico de estos tres componentes propicia las condiciones para un trabajo de mejoramiento de las condiciones del tratamiento a las gestantes en los servicios de salud, pensado desde el hospital para toda la comunidad.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Formular e implementar acciones integrales de salud hacia la población gestante, con el propósito de disminuir el alto índice de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, en el municipio de San Vicente del Caguán-Caquetá.

4.2 ESPECÍFICOS

1- Posicionar al Hospital Local San Rafael como una institución amiga de la mujer embarazada.

2- Establecer estrategias para la promoción y prevención hacia las mujeres en embarazo.

3- Sensibilizar a las familias con gestantes en las patologías y sintomatología frecuentes, para así identificar oportunamente las alteraciones y complicaciones que se tiene en el embarazo.

4- Fomentar los estilos de vida saludables y de auto cuidado en las mujeres embarazadas y sus familias.

5-Vincular mediante estrategias participativas a las familias.

6-Estrategias para los adolescentes para evitar embarazos no deseados.

7- Estrategias para evitar las enfermedades de transmisión sexual.

8- Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica.

5. UBICACIÓN

El proyecto será ejecutado en el municipio de San Vicente del Caguán, el cual está localizado en la región nororiental del Departamento de Florencia su capital a 162 Km por carretera asfaltada. La región noroccidental es montañosa y selvática de donde se desprenden los últimos ramales de la cordillera oriental, teniendo como máxima alturas El Cerro Neiva con 2.950 mts sobre el nivel del mar, El Cerro del Diablo a 2.800 mts y la Serranía La Peña con 2.950 mts.

La zona del piedemonte está conformada en las estribaciones de la cordillera oriental con la presencia de mesones y lomeríos equivalente al 56% de la superficie del municipio, siendo su principal fuente de riqueza la ganadería, la caza, la explotación de la madera y la pesca.

La región de los llanos del Yari ocupa la parte oriental y se encuentra cubierta de grandes extensiones de pastos, vegas de los ríos y lagunas permanentes.

Tiene una extensión territorial de 26.148 Km reconocidos y 38.274 Km que es zona de litigio con el Departamento del Meta, la altura sobre el nivel del mar es de 480 mts y su temperatura media es de 30° C.

6. POBLACIÓN OBJETO

Las acciones del plan de salud integral familiar beneficiará a las mujeres gestantes del municipio de San Vicente del Caguán y sus respectivas familias, acudientes a los servicio de salud del Hospital Local San Rafael.

7. COMPONENTES DEL PROYECTO

Para llevar a cabo las actividades de promoción y prevención, nos hemos basados en la estrategia I.A.M.I. Cabe mencionar que por situaciones de orden público, 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 dos pilares:

- ⇒ Comunicación y movilización social.
- ⇒ Acciones que permiten monitorear y controlar.

7.1 DIAGNOSTICO GENERAL O SITUACION ACTUAL DE LA SALUD EN SAN VICENTE

San Vicente surgió como una necesidad de los caucheros procedentes de Puerto Rico que hacia 1988 fundaron un campamento como punto de apoyo, hacia 1900 se trazaron los primeros planos para hacer una población. El auge del municipio se debió al establecimiento de ganaderías y cultivos que requerían mano de obra permanente forzando los establecimientos humanos. Este auge fue fortalecido por la creación de la sociedad colonizadora del Caguán en el año de 1912.

En el año de 1920, se inició la toma de los Llanos del Yari; y en 1925 las fiebres palúdicas azotaron la región lo que obligo el retiro de la población en esta zona. En 1950, el decreto 9013 expedido por el Ministerio de Gobierno, se eleva la

Comisaría del Caquetá a Intendencia y a municipio el corregimiento de San Vicente del Caguán.

Desde el punto de vista religioso en 1985, es dividido el Vicariato Apostólico de Florencia , en lo que es la Diócesis de Florencia y el Vicariato Apostólico de San Vicente - Puerto Leguizamo, Siendo muy relevante la actividad evangelizadora y educativa en varios campos realizados por la iglesia.

Los colonos son emigrantes procedentes de diferentes ciudades que acuden con la esperanza de poseer un terreno. En el año de 1959 por la gran demanda de servicios de salud en la región, la Intendencia del Caquetá se ve obligada a buscar mecanismos de salida a este problema y se crea entonces el centro de salud de San Vicente del Caguán, con un médico y una auxiliar de Enfermería.

Para el año de 1965 se conforma la Junta Administradora y se inicia la construcción del Hospital Local San Rafael financiado en un 60% por el estado y un 40% con recursos de la curia Episcopal. Entre los años de 1970 y 1980 se construye la sede actual del hospital financiada en su totalidad con aportes de la nación.

7.1.1 Características de la Economía

El campesino y el colono derivan sus ingresos del cultivo del maíz, yuca , plátano, cultivos ilícitos, la tala y venta de madera, la pesca y la ganadería.

El área de la ganadería es desarrollada por campesinos y finqueros más estables que han llevado al municipio a ser el centro ganadero del departamento. La producción lechera tiene mucha importancia debido a la gran demanda que tiene, producto de la presencia en la zona de la multinacional Nestle – procesador de leche y sus derivados.

También se cultiva la yuca, el plátano, el arroz. En el sector primario se destaca la producción y comercialización porcina.

A nivel urbano, la economía gira en torno al comercio, se comercializan productos manufacturados, procedentes del centro del país. Actualmente en el municipio se destacan dos microempresas una relacionada con los derivados de leche y otra de productos cárnico.

Un aspecto preocupante de la economía, es la proliferación de establecimientos para el expendio y consumo de licores con las consecuencias sociales que esto acarrea.

7.1.2 Perfil Socio – Político

Una característica especial del municipio es su gran extensión territorial y la dispersión de la población, la cual esta representada por Juntas de Acción Comunal y Consejos de Desarrollo Rural, que son voceras ante al autoridad municipal y local de salud.

En el aspecto de la descentralización administrativa, la comunidad sanvicentina está en proceso de asimilación y conocimiento de las normas que reglamentan la participación comunitaria.

El municipio es sede del Vicariato Apostólico San Vicente – Puerto Leguizamo. Tiene asentamiento de entidades como: Pastoral Social, CIFISAM, ICBF, Banco Agrario, Juntas de Acción Comunal, Cruz Roja Colombiana, Entidades Cooperativas, Telecom, entre otras.

La presencia estatal en al zona está a cargo de:

- Alcalde Municipal
- Concejo Municipal
- Policía Nacional
- Ejercito Nacional

7.1.3 Aspectos Demográficos

El municipio cuenta con 49.000 habitantes, de los cuales el 60% pertenecen al área rural y el 40% al área urbana, según datos arrojados por el DANE en el año de 2003.

El casco urbano está conformado por 29 barrios, la mayoría de estos están ubicados en terrenos pendientes - húmedos y conformados por viviendas construidas en madera, con pisos de tierra, por lo que sus pobladores tienen la amenaza latente de deslizamientos, inundaciones o incendios.

El 60% de la población que habita en los barrios marginados, sus habitantes se encuentran clasificados como población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el 40% restante viven en la miseria absoluta.

En el área rural cuenta con 13 inspecciones relacionadas así:

- Balsillas
- Rovira
- Guayabal
- Guacamayas
- San Juan del Lozada
- Troncales
- Tres Esquinas
- Campo Hermoso

- Santa Rosa
- San Francisco La Sombra
- Los Pozos
- Yaguara II
- El Recreo
- La samaria
- Puerto Lozada

Y 268 veredas conforman el área rural dell municipio de San Vicente del Caguán.

7.1.4 Datos Generales de la Población

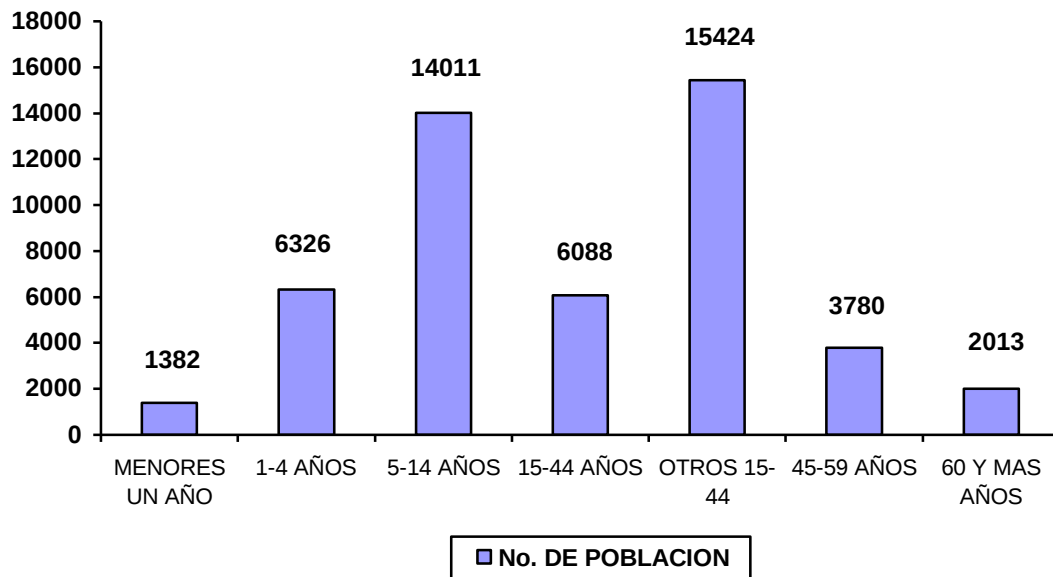
El municipio de San Vicente del Caguán, para el año de 2003 contaba con una población urbana de 19.900 habitantes y una población rural de 29.100, para un total de 49.000 pobladores. Para el año 2004 según datos arrojados por el DANE, el Municipio de San Vicente del Caguán cuenta con 49.023 habitantes distribuidos por grupos etareos como se muestra en la tabla No. 1 y grafica No.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS ETAREOS
MUNICIPIO SAN VICENTE DEL CAGUAN AÑO 2003**

GRUPO ETAREO	No. DE POBLACIÓN	GENERO	
		FEMENINO	MASCULINO
MENORES DE UN AÑO	1.382	819	562
DE 1-4 AÑOS	6.326	3.523	2.803
DE 5-14 AÑOS	14.011	7.568	6.443
DE 15 A 44 AÑOS	6.088	3.952	2.136
OTROS DE 15 A 44 AÑOS	15.424	7.985	7.439
DE 45 A 59 AÑOS	3.780	1.691	2.089
DE 60 Y MAS AÑOS	2.013	1.155	858
TOTAL	49.023	26.693	22.330

Tabla No. 1 DANE 2003

GRAFICA No.1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS ETAREOS MUNICIPIO SAN VICENTE DEL CAGUAN AÑO 2003



Debido al movimiento migratorio procedente de otras zonas del país (colonización espontánea dirigida) San Vicente y Florencia se han constituido en los mayores

centros de presión colonizadora del departamento del Caquetá, con una población foránea del 60% de los cuales la tercera parte tiene menos de 5 años de residencia en el municipio.

Esta migración se produjo inicialmente por el auge del caucho, luego por los desplazamientos que ocasionaron la época de la violencia, en los años 50s a los 80s por el auge del narcotráfico y en 1999 por la expectativa que represento ser uno de los cinco municipios que conformaron el área del despeje para los diálogos de Paz.

Otros colonizadores han invadido terrenos en el área urbana, conformando nuevos asentamientos humanos, en terrenos no aptos topográficamente para la construcción de viviendas y la adecuación de servicios públicos.

La población indígena del municipio, representa un 10% de la población total y comprende 5 etnias organizadas en tres comunidades ubicadas en las veredas Altamira, Laureles, Miro lindo, Cadena Indígena y Potras Quebradon

No se cuenta con información para describir detalladamente las condiciones económicas de la población en cuanto a empleo e ingresos. De acuerdo con lo observado se podría afirmar que las fuentes de empleo son insuficientes para atender los requerimientos de la población tendiendo a agudizarse la pobreza y la miseria.

En los últimos años, producto de la violencia que se vive en la zona rural del Caquetá se ha presentado en forma creciente el fenómeno del desplazamiento; aumentando de manera alarmante la población de las áreas marginadas. El gobierno municipal ha tratado de prestarles atención en salud, con la afiliación de estos a empresas administradoras del régimen subsidiado.

Según Planeación Municipal, el municipio de San Vicente está clasificado en la categoría CUATRO; el 70% de su población está clasificada como población N.B.I. (con Necesidades Básicas Insatisfechas). En el casco urbano, sus pobladores dependen del comercio en un gran porcentaje y en un menor porcentaje son asalariados del sector público. En el área rural los ingresos provienen de la explotación de la madera, la ganadería, algunos cultivos como maíz, yuca y plátano entre otras, la producción y procesamiento de la leche y sus derivados.

7.1.4.1 Educación

En el casco urbano el municipio cuenta con 1 instituciones para la educación superior (profesional y técnica), educación media (3 colegios), básica primaria (8 escuelas y 9 preescolares, (20 hogares de ICBF). Sin embargo la cobertura en educación llega al 37% en preescolar, el 70% en primaria y el 60% en educación media. La deserción escolar esta estimada en un 18%, según datos de la Coordinación de Educación Municipal.

7.1.4.2 Vivienda

En los últimos tres años, el municipio de San Vicente del Caguán, sufre un acelerado crecimiento poblacional debido a la gran inmigración de personas al municipio, motivadas en gran parte por la construcción de la carretera san Vicente – Neiva y por ser uno de los cinco municipios que integran el área de Despeje como se dijo anteriormente, este exceso de población ha originado un déficit de viviendas y el encarecimiento de las mismas.

Las viviendas en su gran mayoría son inadecuadas, predominando la construcción de madera, bahareque con pisos de tierra, lo que empeora las condiciones de salud pública.

Actualmente hay 6.900 viviendas en la cabecera municipal y 7.500 dispersas en el área rural.

7.1.4.3 Vías de comunicación

Vía Aérea: existe en el municipio un aeropuerto, en el que presta sus servicios la aerolínea comercial SATENA que cuenta con tres vuelos semanales desde otras ciudades hasta San Vicente.

Vía terrestre: hay una vía pavimentada de 160 Km en regular estado que comunica a San Vicente con los municipios de Puerto Rico, El Doncello, El Paujil, La Montañita y Florencia la capital del departamento.

Existen varias empresas intermunicipales de taxis, colectivos y buses que prestan este servicio. No existe ningún tipo de transporte público, entre las 6:00 p.m. y las 6:00 a.m. debido a la disposición dada por el gobierno. Sólo es permitido el tráfico de ambulancias.

Las vías rurales que comunican al municipio con las Inspecciones, caseríos y veredas son en su totalidad destapadas y en pésimo estado, de muy difícil tránsito en tiempo seco y casi imposible en épocas de lluvia.

Actualmente se encuentra en construcción la carretera que comunica a San Vicente del Caguán con las inspecciones de Guayabal, Rovira y Balsillas y con la ciudad de Neiva, esta vía tiene un trayecto de 183 Km.

Vía fluvial: el río Caguán es navegable en su totalidad en deslizadores, botes, canoas y lanchas, entre otras. Uniendo la cabecera municipal con las inspecciones de Tres Esquinas, Santa Rosa y Betania y con el municipio de Cartagena del Chairá.

7.1.4.4 Recreación y Cultura

El municipio cuenta con:

- Dos canchas de fútbol
- Tres parque Infantiles
- Tres casetas comunales
- Una biblioteca pública
- Un auditorio público
- Una casa de la cultura
- Una emisoras comunitaria con cubrimiento en el área rural y urbana

7.1.5 Diagnostico Epidemiológico:

En el municipio de San Vicente del Caguán, existen patologías endémicas que son consecuencia principalmente de las condiciones económicas, ambientales y demográficas de la zona.

La mortalidad del municipio no es ajena a la del resto del país, encontrándose como primera causa de muerte herida por arma de fuego, seguida por infarto agudo del miocardio. Ver cuadro No. 2

MORTALIDAD HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL AÑO 2003

No. ORDEN	DIAGNOSTICO	- 1 AÑO	1-4 AÑOS	5- 14 AÑOS	15-44 AÑOS	45-59 AÑOS	60 + AÑOS	TOTAL
1	Herida Por Arma de Fuego	-	-	-	61	2	2	65
2	Infarto Agudo del Miocardio	1	-	-	7	2	24	34
3	Inmadurez Pulmonar – Hipoxia – Sufrimiento Fetal	9	-	-	-	-	-	9
4	Cáncer	-	-	1	1	2	3	7
5	Intoxicación	-	1	-	4	-	-	5
6	Herida por Arma Corto punzante	-	-	-	2	2		4
7	Accidentes de Tránsito	-	-	-	3	-	-	3
8	Neumonía	2	-	-	-	-	1	3
9	Atentado Terrorista	-	-	1	2	-	-	3
10	Suicidios	-	-	-	2	-	-	2
TOTAL		12	1	2	83	8	29	135

Cuadro No. 2

Merece resaltar la mortalidad perinatal, que fue de 15 muertes procedentes en su gran mayoría de el área rural. El municipio presento una tasa de mortalidad materna de 30 por 100.000 nacidos vivos durante el 2003.

Las Infecciones Diarreicas Agudas (EDA); fue una de las primeras causas de egreso hospitalario, seguidas de celulitis, Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), en el año 2003. Como se relacionan en el cuadro No. 3

MORBILIDAD POR HOSPITALIZACIÓN HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL AÑO 2003

No. ORDEN	DIAGNOSTICO	- 1 AÑO	1-4 AÑOS	5- 14 AÑOS	15-44 AÑOS	45-59 AÑOS	60 + AÑOS	TOTAL
1	Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	11	22	23	84	22	17	179
2	Celulitis	6	17	30	41	14	22	130
3	Infección Respiratoria Aguda (IRA)	24	32	5	7	4	2	74
4	Infección de Vías Urinarias (IVU)	-	3	1	34	2	3	43
5	Paludismo	1	2	4	7	1	3	18
6	Síndrome Asmático	-	2	4	6	3	2	17
7	Mordedura de Serpiente	-	1	5	8	1	1	16
8	Amenaza de Aborto	-	-	-	12	-	-	12
9	Aborto	-	-	-	9	-	-	9
10	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	-	-	-	1	1	6	8
S/TOTAL		42	79	72	209	48	56	506
R. CAUS								857
TOTAL								1.363

Cuadro No. 3

Las infecciones respiratorias agudas, para el año 2003 fue una de las primeras causas de morbilidad por consulta externa, seguida de las enfermedades diarreicas agudas, como se expresa en el cuadro No. 4

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL AÑO 2003

No. ORDEN	DIAGNOSTICO	- 1 AÑO	1-4 AÑOS	5- 14 AÑOS	15-44 AÑOS	45-59 AÑOS	60 + AÑOS	TOTAL
1	Infección Respiratoria Aguda (IRA)	391	1160	1300	1248	313	323	4.735
2	Enfermedad Diarreica Aguda	107	450	509	918	184	97	2.265
3	Hipertensión Arterial (HTA)	-	-	-	468	730	843	2.041
4	Dermatitis	156	378	341	688	151	87	1.891
5	Infección de Vías Urinarias	5	24	65	584	81	50	809
6	Poli parasitismo Intestinal	5	132	380	157	33	16	723
7	Sífilis	1	-	-	111	2	1	115
8	Abortos	-	-	2	85	2	-	89
9	Paludismo específico	-	2	7	20	13	5	47
10	Leishmaniasis	-	-	5	21	9	9	44
S/TOTAL		665	2.146	2.699	4.300	1.518	1.431	12.759
R. CAUS								26.353
TOTAL								39.112

Cuadro No 4

La salud de la población se ve afectada por innumerables factores como son: el clima (húmedo selvático), pobreza, desnutrición, desplazamiento, servicios públicos deficientes, difícil acceso al agua potable, entre otras.

En la estadística del Hospital San Rafael se reportan diversas enfermedades que se relacionan directamente con el consumo de agua no potable como son:

- Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- Poli parasitismo Intestinal
- Fiebre tifoidea
- Celulitis

Encontramos otras enfermedades endémicas en la zona, transmitidas por vectores: malaria, dengue, leishmaniasis y fiebre amarilla entre otras enfermedades tropicales.

Tuberculosis, lepra, desnutrición, también están presentes en la zona.

El maltrato infantil y la violencia intrafamiliar, son factores de intolerancia que diariamente aquejan a la población sanvicentina.

Como lo muestra el cuadro No. 5.

VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS MALTRATO INFANTIL Y OTROS AÑO 2003

CAUSAS	EDAD	TOTAL
Desnutrición – Vacunación Incompleta	10 meses	1
Desnutrición Severa y Otras	- 1 año	1
Desnutrición Severa y Otras	1-4 años	5
Desnutrición Severa y Otras	5-14 años	9
Descuido y Negligencia	11 meses	1
Descuido y Negligencia	1 año	1
Descuido y Negligencia	18 meses	1
Descuido y negligencia	2 años	1
Descuido y negligencia	4 años	1
Descuido – sin nombre – vacunación incompleta	6 meses	1
Abuso Sexual	13 meses	1
Abuso Sexual	8 años	1
Abuso Sexual	3 - 10 años	2
Maltrato físico (violencia intra familiar)	15 años	1
Incumplimiento de Normas (violencia intra familiar)	36 años	1
TOTAL		28

Cuadro No. 5

Fuente: Estadística Hospital San Rafael de San Vicente del Caguán, Caquetá.

7.1.6 Situación de Saneamiento Básico Ambiental

7.1.6.1 Acueducto: La red domiciliaria urbana cubre el 80% del total de la población con agua no potable; el 20% restante se abastece del río Caguán directamente y de aguas lluvias.

7.1.6.2 Alcantarillado: el 70% de la población en la cabecera municipal tiene servicios de alcantarillado, el 30% restante elimina sus excretas mediante, pozos sépticos, desagües directos al río Caguán o a campo abierto.

7.1.6.3 Recolección Y Disposición Final De Basuras: (desechos sólidos), la basura es recolectada en volquetas y depositada en campo abierto. El basurero está ubicado aproximadamente a 12 kilómetros de la población, vía a Puerto Rico.

Se observa un creciente deterioro de los afluentes de agua, debido a las descargas de residuos sólidos que sobre ellos depositan los núcleos poblacionales asentados en sus riberas tanto en el área urbana como rural. Actualmente se proyecta la construcción de un relleno sanitario, para la eliminación adecuada de las basuras.

7.1.6.4 Energía Eléctrica: el municipio se encuentra conectado al sistema de interconexión eléctrica nacional a nivel urbano, a nivel rural se abastecen de energía por medio de plantas eléctricas. fue muy importante la colaboración que recibieron algunas Inspecciones y caseríos como: Los Pozos, Las Delicias, La Machaca, La Sombra, La Cristalina, entre otras, quienes por intermedio del Alto Comisionado para la Paz (Durante la época del Despeje), obtuvieron este servicio.

7.1.6.5 Matadero: el matadero esta localizado dentro del casco urbano, sobre la margen derecha del río Caguán. La instalación del matadero esta conformado por

3 ramadas dos con techo de eternit y pisos en concreto las cuales se utilizan para el faenado de las reses y los cerdos, las dos tienen canaletas de piso sin rejillas y no tiene muros de encerramiento; la otra tiene techo de zinc y pisos de cemento en la cual hay instalados fogones de leña rudimentarios para calentar el agua utilizada en el escaldado de los cerdos.

Las canales de piso, empatan a una alcantarilla de cemento de 18" la cual descola al río Caguán.

Existe un corral de llegada con un embarcadero, construido en tubo galvanizado y puertas de hierro, en este corral se realiza la observación y se instalan los animales sospechosos. Tiene además cuatro (4) casetas donde se guardan y salan las pieles, están construidas en concreto, techo de eternit y tiene dos desagües al río Caguán.

Se abastece del agua del acueducto municipal y la almacenan en dos tanques, los dos se encuentran deteriorados y con filtraciones, también es utilizada el agua lluvia y cuando se hace necesario se utiliza el agua del río que por considerarse contaminada se desinfecta con hipoclorito de sodio. Tiene luz eléctrica y es utilizada únicamente para iluminar ya que no existe ninguna clase de maquinaria de fríos para la conservación de estos productos.

La manera como se sacrifican los animales y los demás procesos en el matadero municipal está causando grandes riesgos para la salud pública ya que gran parte de las patologías que aquejan a la comunidad Sanvicentina tienen que ver con el consumo de alimentos contaminados. Además de la progresiva contaminación de los cuerpos de agua (río Caguán)

7.1.7 Cobertura de Aseguramiento

el Hospital actualmente atiende a 1.400 usuarios del régimen contributivo y por el régimen subsidiado a tiende a 18.000 beneficiarios. Los 29.623 habitantes vinculados, son atendidos con cargo a la transferencias que llega al hospital.

7.2 OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

7.2.1 Red pública urbana

El municipio cuenta con un Hospital de primer nivel de atención, el cual ofrece los servicios de hospitalización con 30 camas, atención de partos, consulta externa con 4 consultorios médicos generales, tres consultorios odontológicos, programas de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, control prenatal, programas médicos especiales, vacunación, toma de citologías, urgencias las 24 horas, laboratorio clínico, RX, electrocardiogramas, ecografías, monitoreo fetal, servicio de ambulancia las 24 horas, dos quirófanos aptos para realizar cirugías de segundo nivel, saneamiento básico ambiental, entre otros servicios.

El recurso humano con el que cuenta actualmente la entidad es de 89 funcionarios distribuidos en los diferentes cargos, como se muestra en el cuadro No. 6. en la presente vigencia la institución ha contratado con recursos PAB Municipal 7 Auxiliares de Enfermería y 8 Promotoras de Salud, para ser ubicadas en el área rural del municipio.

RECURSO HUMANO HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL

No. FUNCIONARIOS	CARGOS
1	DIRECTOR HOSPITAL
7	MEDICOS S.S.O.
3	ODONTÓLOGOS S.S.O.
2	BACTERIÓLOGOS S.S.O.
1	ENFERMERA COORDINADORA DE AREA
1	ENFERMERO S.S.O.
22	AUXILIARES DE ENFERMERIA AREA URBANA
11	AUXILIARES DE ENFERMERIA AREA RURAL
11	PROMOTORAS DE SALUD AREA RURAL
1	AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO
1	AUXILIAR DE RX
28	FUNCIONARIOS AREA ADMINISTRATIVA
TOTAL 89	

7.2.2 Otros Recursos:

7.2.2.1 Transporte: El Hospital San Rafael cuenta con tres ambulancias, dos deslizadores (bote) metálicos con capacidad para transportar 8 personas cada uno.

7.2.2.2 Comunicaciones: Tiene conexión con frecuencia de radio con el Ministerio de salud, para lo cual cuenta con un equipo TELEFUNKER brasileño Ref. FTA 149 onda HF. Debido a la ubicación geográfica de esta región, se dificulta la conexión con los equipos de la red de comunicaciones departamental del Instituto de Salud del Caquetá. La institución cuenta con 4 líneas telefónicas y 2 líneas para fax.

7.2.2.3 Tecnológicos: El Hospital San Rafael cuenta con dos ecógrafos, un electrocardiograma, dos monitores de signos vitales, dos desfibriladores, un electrobisturi, sistematizadas las áreas de administración, cajas y estadística.

7.2.2.4 Red de salud pública rural:

En el área rural se encuentran tres (3) centros de salud y quince (15) puestos de salud, dotados acorde con los recursos hospitalarios, municipales y gubernamentales. De los cuales 3 puestos de salud están actualmente sin personal sanitario para su funcionamiento

7.2.2.5 Centros de salud:

Cristalina del Lozada

Guacamayas

Santa Rosa

7.2.2.6 Puestos de salud:

Los Pozos

Las Delicias

La Machaca

La Sombra

San José de Caquetania

Yaguara II

Balsillas

Rovira

Guayabal

Campo Hermoso

Medio Quebradón

Tres esquinas Troncales

Betania

Gibraltar

Troncales

La Samaria

Puerto Lazada

El 40% de las veredas son atendidas por 11 promotoras de salud. El hospital realiza periódicamente brigadas de salud con Médico, odontólogo, bacteriólogo, entrega medicamentos y se realizan además jornadas permanentes de vacunación, erradicación de malaria y prevención en cáncer de mama, cuello uterino (toma de citología), entre otras a nivel urbano y rural.

7.2.2.7 Red de referencia y contrarreferencia:

El hospital san Rafael es un centro de referencia de usuarios del área rural, puestos y centros de salud y clínicas privadas.

7.2.2.8 Red privada de IPS.

Se cuenta en el municipio con dos clínicas privadas, dos consultorios odontológicos y 20 droguerías dentro del perímetro urbano.

7.3. DIAGNOSTICO FINANCIERO DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN

FUENTE/AÑOS	2003	2004	2005
Aseguramiento afiliados al Régimen de Subsidiado	2`414.293.595	2`802.658.051	4`483.997.779
PAB	671.462.479	683.534.204	714.336.783
Puestos Salud	1.363.553		
F. especialista	2.009.648.451		
Adulto Mayor	51.000.000	39.587.553	
FOSYGA		2.995.335.425	1.207.086.287
Vinculados			100.500.000
Jornadas de Salud			108.665.000
TOTAL	5`147.768.078	6`521.115.233	6`614.585.849

FUENTE: PRESUPUESTO DE LA ALCALDIA MUNICIPAL.

7.3.1. ANALISIS FINANCIERO ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN VICENTE DEL CAGUAN , CAQUETA

Los recursos para salud que se han asignado al municipio de San Vicente en los últimos tres años, 2003, 2004, 2005, la tendencia ha sido al incremento en los recursos especialmente en el aseguramiento del Régimen Subsidiado, FOSYGA , y el Plan de atención Básica. (P.A.B) se ha presentado una distribución regular en el presupuesto para los programas jornadas de Salud, Vinculados , mientras que para inversión en mejoramiento de infraestructura en el año 2003, y la vigencia del 2004, 2005 ha habido un recorte total del presupuesto.

El proyecto del **PLAN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL PARA LAS MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DEL CAGUAN, CAQUETA**, Estará financiado por un porcentaje de los recursos asignados al fortalecimiento de la Salud Pública del Plan de Atención Básica, (P.A.B.) municipal.

7.4. PRESUPUESTO AÑO 2005 DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL

El Hospital Local San Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, cuenta con un presupuesto de \$ **4` 058.313.000** pesos Mcte, para gastos de funcionamiento e inversión.

Cabe anotar que los ingresos del Hospital se genera de la venta de servicio de salud de primer nivel de atención, a las diferentes aseguradoras de Régimen subsidiado y contributivo, (ARS, EPS), Entidad territorial SGP atención subsidio a la oferta, Actividades de PYP, Compañías s de seguros (accidentes de transito), Entidades de régimen especiales (Ponal, Famac), Usuarios vinculados, Particulares, Cuenta por cobrar de las vigencias anteriores.

7.5. MATRIZ DOFA

El análisis situacional del sector se plasma en la matriz DOFA que a continuación se anexa.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	F1: Capacidad de gestión para mantener los programas de CPN	D1: Falta de recurso humano para el cubrimiento total de la prestación de los servicios.
	F2: Liderazgo y reconocimiento en la prestación de los servicios de salud.	D2 : falta habilitar nuevos servicios para la atención integral de segundo nivel en las mujeres gestante.
	F3: se ejerce control de las enfermedades de interés de salud publica, TBC, LEPROA LEHISMANIASIS entre otras.	D3 barreras administrativas para el ingreso a los diferentes programas.
		D5: capacitación de recurso humano que labora en la institución.
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
O1: Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993	Promover la cultura de auto cuidado en las familias.	campañas de sensibilización, actualización y capacitación al personal que labora en la institución.
O2: Acuerdo 117 de 1998 Resolución 412 de 2000	Impulsar el proceso de seguimiento monitoreo y control De las enfermedades en salud.	Contratar los servicio profesionales como ginecoobstetra , pediatra, e internista ya que son los servicios de mayor demanda y morbilidad.
O3 : Ley 715 de 2001 y del Acuerdo 229		Mejorar la calidad de atención a los servicios de salud por parte de los funcionarios.
O4: Circular 52 de 2003 y 18 de 2004		Habilitar nuevos servicios para cubrir la alta demanda de servicios.
AMENAZAS	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
A1 : Reforma de la ley 100 disminución del SGP.	* mejorar los ingresos de la institución ampliando cobertura.	* implementar nuevos programas de atención integral a la población para mejorar la calidad de los servicios y los ingresos de la institución .
A2: la demora del pago de las ARS, EPS al Hospital.	* seguir conductos regulares de cobros a las ARS, EPS o realizar cobros coactivos u otros procedimientos. .	Brindar servicios con calidad, eficacia, oportuna y humanizada a la población

8. FORMULACION DEL PLAN

8.1. Objetivos Estratégicos

- + Gestionar la contratación del recurso humano para la prestación integral de segundo nivel de atención para la ampliación de cobertura.
- + Capacitación continua de los funcionarios que se encuentra manejando los programas de Control prenatal
- + Ampliar los sitios de atención al programa d Control Prenatal, para brindar un servicio eficaz, oportuno, y sin tramitologías.
- + Sensibilizar a la comunidad en la adopción de estilos de vida saludables en las familias con gestante.
- + Mediante el desarrollo del programa **de PROMOCION DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LAS GESTANTE Y LA PREVENCION DE LOS RIESGOS MATERNO PERINATALES DE LA POBLACION DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL**, sensibilizar a la familia con gestantes, para que participen activamente en la ejecución de este proyecto.

8.2. Programas

Los programas a desarrollar son los siguientes:

- + Promoción del auto cuidado familiar de la gestante y la prevención de los riesgos materno-peri natales de la población del hospital local de san Rafael de San Vicente del Caguán-Caquetá.

Este programa consiste en promover, promocionar e identificar oportunamente la alteraciones y complicaciones de la gestantes para que acudan oportunamente al puesto de salud mas cercano y así evitar las altas tasas de morbi mortalidad materna y perinatal en nuestro municipio.

8.3. Programación de Proyectos Y Acciones

-  Modelos de auto cuidado en las familias con gestantes de la comunidad que consulta al Hospital Local San Rafael.
-  Proyectar la vigilancia epidemiológica de la morbi mortalidad materna y perinatal del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá.

8.4.PLAN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL PARA LAS MUJERES GESTANTES DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUAN -CAQUETA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Promover el desarrollo de saberes y estrategias de auto cuidado personal y familiar en las gestantes.

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
MODELOS DE AUTOCUIDADO EN LAS FAMILIAS CON GESTANTES DE LA COMUNIDAD QUE CONSULTA AL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL	Lograr sensibilizar en el auto cuidado en un 80% de las familias con gestantes que consultan el Hospital San Rafael en el segundo semestre de 2005.	Talleres al personal de salud para planear el desarrollo de estrategias de formación de auto cuidado y compromiso con la gestante.	- Médico - Jefe de enfermería, - Coordinadora del programa de control prenatal,. - Personal administrativo. - Trabajadora social. - Especialista en gerencia en salud familiar.	No. De asistentes al taller -----x100 No. De personas programadas a asistir	3'000.000=	Que el 100% de los funcionarios que contribuyen a la salud reproductiva estén informados y capacitados en las estrategias.

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Promover el desarrollo de saberes y estrategias de auto cuidado personal y familiar en las gestantes.

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
MODELOS DE AUTOCUIDADO EN LAS FAMILIAS CON GESTANTES DE LA COMUNIDAD QUE CONSULTA AL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL	Lograr sensibilizar en el auto cuidado en un 80% de las familias con gestantes que consultan el Hospital San Rafael en el segundo semestre de 2005.	Difusión por radio a la comunidad de los indicadores de factores de riesgo, morbilidad y mortalidad materna y perinatal que hacen - necesarias las estrategias de auto cuidado. En cuatro programas de difusión diarios por seis meses para el segundo semestre de 2005.	- Médico, - coordinadora de programa de control prenatal - Líder comunitario.	Número de difusión ----- x 100 No. De personas que escuchan la difusión.	3'500.000	Informar al 100% de la población vulnerable.

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Promover el desarrollo de saberes y estrategias de auto cuidado personal y familiar en las gestantes.

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
MODELOS DE AUTOCUIDADO EN LAS FAMILIAS CON GESTANTES DE LA COMUNIDAD QUE CONSULTA AL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL	Lograr sensibilizar en el auto cuidado en un 80% de las familias con gestantes que consultan el Hospital San Rafael en el segundo semestre de 2005.	Folletos de información sobre la importancia del auto cuidado a las gestantes que están consultando en el hospital local San Rafael, elaborados en talleres ecogestantes.	- Director, - coordinadora del programa de control prenatal. - Jefe de enfermería. - Trabajadora social. - Gestantes.	No. De personas asistentes la consulta entrega de folletos -----x100 No. De personas programadas a asistir.	4'000.000	Lograr un cubrimiento del 80% de las gestantes que se encuentran en el programa de control prenatal.

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Promover el desarrollo de saberes y estrategias de auto cuidado personal y familiar en las gestantes.

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
MODELOS DE AUTOCUIDADO EN LAS FAMILIAS CON GESTANTES DE LA COMUNIDAD QUE CONSULTA AL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL	Lograr sensibilizar en el auto cuidado en un 80% de las familias con gestantes que consultan el Hospital San Rafael en el segundo semestre de 2005.	Talleres interdisciplinarios con la gestante que consulta por primera vez en el Primero y segundo trimestre de gestación, para conocer y socializar saberes y motivarlas al auto cuidado.	- Médico. - Jefe de enfermería. - Coordinadora del programa de control prenatal. - Personal administrativo. - Trabajadora social.. - Especialista en gerencia en salud familiar. - Gestantes y familiares	No. De embarazadas asistentes a los talleres -----X100 No. De personas Inscritas en el programa CPN.	2.000.000	Lograr un cubrimiento del 80% de las gestantes que se encuentran en el programa de control prenatal.

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Promover el desarrollo de saberes y estrategias de auto cuidado personal y familiar en las gestantes.

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
MODELOS DE AUTOCUIDADO EN LAS FAMILIAS CON GESTANTES DE LA COMUNIDAD QUE CONSULTA AL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL	Promover el conocimiento y prácticas de auto cuidado personal y familiar en el 100% de las consultantes del área de influencia del hospital local San Rafael en el segundo semestre de 2005.	Implementar 4 cursos de psicoprofilaxis para las gestantes y sus familiares durante primer y tercer trimestre con el fin de fortalecer la formación participativa con gestantes y familiares en los siguientes módulos educativos: Factores de riesgo y signos de alarma, factores protectores y de auto cuidado en el 1, 2 y 3 trimestre durante el segundo semestre de 2005.	- Médico. - coordinadora del programa de control prenatal,. - Gestantes. - familiares.	No de asistente al taller -----x 100 No personas inscritas en el programa	3'500.000	Lograr un cubrimiento del 80% de las gestantes que se encuentran en el programa de control prenatal.

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Promover el desarrollo de saberes y estrategias de auto cuidado personal y familiar en las gestantes.

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
MODELOS DE AUTOCUIDADO EN LAS FAMILIAS CON GESTANTES DE LA COMUNIDAD QUE CONSULTA AL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL	Promover el conocimiento y prácticas de auto cuidado personal y familiar en el 100% de las consultantes del área de influencia del hospital local San Rafael en el segundo semestre de 2005.	- Sesiones de ejercicio psicoprofiláctico en cuatro semanas durante seis meses con los siguientes componentes en las gestantes de bajo riesgo, gestantes y miembros de la familia: - Ajuste postural - Ejercicios de relajación - Ejercicios de respiración - Indicadores para el trabajo de parto	- Médico - Coordinadora del programa de control prenatal.	No de asistentes al taller ----- x100 No de personas inscritas al programa de CPN.	2'000.000	Lograr un cubrimiento del 80% de las gestantes que se encuentran en el programa de control prenatal

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Promover el desarrollo de saberes y estrategias de auto cuidado personal y familiar en las gestantes.

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
MODELOS DE AUTOCUIDADO EN LAS FAMILIAS CON GESTANTES DE LA COMUNIDAD QUE CONSULTA AL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL	Promover el conocimiento y prácticas de auto cuidado personal y familiar en el 100% de las consultantes del área de influencia del hospital local San Rafael en el segundo semestre de 2005.	- Sesiones puericultura sobre crecimiento y desarrollo del niño con el siguiente modulo: - Importancia del crecimiento y desarrollo. - Necesidades físicas. - Necesidades Psicológicas. - Necesidades afectivas. - Presencia del maltrato infantil.	- Medico. - Coordinador a de área. - Gestantes y familiares.	No de asistentes al taller -----x100 No de personas programadas asistentes al taller.	3'000.000	Lograr un cubrimiento del 80% de las gestantes en el programa de control prenatal.

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Implementar y desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica de la morbi mortalidad materna y perinatal

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
PROYECTAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL DE LA LOCALIDAD	Lograr que 100% de los profesionales de la salud y las instituciones locales, apliquen el proceso de vigilancia epidemiológica con el fin de disminuir el alto índice de morbilidad materna y perinatal buscando alternativa de solución a esta problemática tan sentida.	• Curso de preparación en vigilancia epidemiológica a todos los profesionales de la salud relacionados con morbilidad perinatal y materna y difusión de los indicadores epidemiológicos.	• Médico. • Jefe Enfermería. • Especialista en gerencia en salud familiar integral. • Comunidad.	• No de profesionales de la salud invitados al taller ----- x100 No de profesionales de la salud asistentes al taller.	1'500.000	• Lograr la capacitación y compromiso del 100% de los profesionales de la salud vinculados al tema de vigilancia epidemiológica de morbilidad materna y perinatal.

8.4. PLAN DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO PARA LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LOCAL SAN RAFAEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUAN-FLORENCIA

MATRIZ DE PROGRAMACION

Programa: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FAMILIAR DE LA GESTANTE Y LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS MATERNO-PERINATALES DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL DE SAN RAFAEL DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN-CAQUETÁ.

Objetivo: Implementar y desarrollar el sistema de vigilancia epidemiológica de la morbi mortalidad materna y perinatal

PROYECTO	METAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADORES	COSTOS	RESULTADOS
PROYECTAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL DE LA LOCALIDAD	Lograr que 100% de los profesionales de la salud y las instituciones locales apliquen el proceso de vigilancia epidemiológica con el fin de disminuir el alto índice de morbi – mortalidad materna y perinatal buscando alternativa de solución a esta problemática tan sentida.	* Implementar el Sistema de vigilancia epidemiológica. *Funcionamiento de I COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica).	• Médico. • Jefe Enfermería. • Especialista en gerencia en salud familiar integral. • Comunidad.	• No de profesionales de la salud invitados al taller $\frac{\text{-----}}{\text{-----}} \times 100$ No de profesionales de la salud asistentes al taller.		• Lograr la capacitación y compromiso del 100% de los profesionales de la salud vinculados al tema de vigilancia epidemiológica de morbi - mortalidad materna y perinatal.

8.5. COSTOS DE PROGRAMACIÓN

REQUERIMIENTO	COSTOS 2005	COSTOS 2006	COSTOS 2007	TOTAL
RECURSO HUMANO: Médico, Enfermera, Psicólogo, Especialista en Gerencia Salud Familiar Integral	12`800.000=	20`000.000=	26`00.000=	30`000.000=
RECURSOS TÉCNICOS: • Equipos	2`500.000=	3`000.000=	3`800.000=	4`000.000=
MATERIALES E INSUMOS	4`500.000=	6`500.000=	7`800.000=	8`400.000=
Publicaciones	1`200.000=	1`800.000=	2`200.000=	3`000.000=
IMPREVISTOS	1`500.000=	2`500.000=	3`000.000=	3`200.000=
TOTAL	22`500.000=	33`800.000	42`800.000	48`600.000=

INDICADORES Y EVALUACIÓN

En general, se proponen indicadores de proceso que puedan medir la capacidad del plan, de concertar voluntades en torno al tema de la reducción de mortalidad materna (por ejemplo, número de personal en salud que suscriban el pacto por la reducción de la mortalidad materna al que se convocará en ocasión del lanzamiento del plan, número de programas de televisión en el que participaron funcionarios, número de emisoras de radio que se sumaron a las campañas, , número de personal en salud, maternas y su familia que participan en el plan con acciones concretas al interior del Hospital y del hogar, número de funcionarios que se encuentren realizando acciones de mejoramiento de la calidad en la atención obstétrica.

El indicador planteado para medir el impacto en el tema de reducción de mortalidad materna es el número absoluto de muertes maternas en el tiempo en que se desarrollará el plan. Esto implica establecer una línea de base y hacer un seguimiento y monitoreo por mes, en el entendimiento de que en el período de tiempo para el que está planteado el plan este indicador puede no mostrar una reducción muy sensible. En cuanto a la gestión, es importante hacerles seguimiento y evaluación a los actores del SGSSS (Hospital) que se ha comprometido con el plan y ha implementado acciones consecuentes con éste en su entidad. También es importante recordar que ya existen indicadores para hacer seguimiento a acciones concretas dentro del Plan Obligatorio de Salud como los indicadores de cumplimiento de las normas técnicas, especialmente los enfocados en las actividades de planificación familiar, atención del embarazo, atención del parto institucional y del puerperio. De igual manera, el indicador centinela de calidad, número de muertes maternas en la institución, y el número de recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) como parte del Sistema

de Fortalecimiento de la Gestión de las Administradoras permitirán evidenciar la situación en la población asegurada.

En el PAB también existen indicadores que se enfocan en el seguimiento de las acciones de reducción de la mortalidad materna:

evaluación del cumplimiento de los requisitos esenciales para la atención prenatal, parto y puerperio en la institución, número de comités de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal establecidos y El plan será lanzado masivamente y entre las actividades que se realizarán a propósito de este lanzamiento, se firmará un pacto por la salud pública en el que, obviamente, la maternidad segura será una de las prioridades.

operando, número y porcentaje de muertes maternas analizadas, número de estrategias de información, educación y movilización social en salud sexual y reproductiva implementadas, verificación en la institución de que se han implementado las normas técnicas y guías de atención en salud sexual y reproductiva, y número y porcentaje de gestantes incluidas en las acciones del Plan de Eliminación de la Sífilis Congénita (Circular 18 de 2004).

CONCLUSIONES

El implementar este proyecto en el Hospital Local san Rafael del Municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, ayuda a disminuir el alto índice de morbi- mortalidad materna y perinatal de la población y mejora la calidad de vida, con enseñanzas educativas del auto cuidado, Con las familias con gestante

Los Especialista de Salud Familiar Integral son las personas idóneas que por su conocimiento científica, responsabilidad en el trabajo con el individuo y la familia logra identificar el problema y elabora estrategias de solución a la familia como un todo y no la individualidad de cada uno de sus integrantes.

RECOMENDACIONES

- ✚ Se recomienda adelantar programas de atención integral a la familia a través de modelos similares convirtiéndose en multiplicadores, promoviendo la coordinación de esfuerzos interdisciplinarios.
- ✚ Para disminuir costos para la ejecución de este proyecto, se recomienda que la institución aporte los elementos, equipo y recurso humano con los que cuenta y los demás se han contratados particular.
- ✚ Se recomienda capacitar a los funcionarios encargados de los programas Control Prenatal, Control de Planificación, para que sean los multiplicadores de procesos educativos en la institución, la comunidad, para lograr una mayor cobertura y un eficaz impacto social.
- ✚ Estos procesos pueden hacerse extensivo al personal que labora en el área rural, como promotoras de Salud Rural, Auxiliares de enfermería y parteras.
- ✚ Mantener durante este proceso la motivación constante de familias con gestantes y la comunidad, para lograr disminuir el alto índice de morbi mortalidad materna y perinatal.

BIBLIOGRAFIA

Alcalá María José. Compromisos para la salud y los derechos reproductivos de todos. Family Care International, Nueva York, 1995.

Andaló Paula. Nuevo plan para prevenir 23.000 muertes maternas en Latinoamérica y el Caribe. OPS, 2004.

Castañeda Sonia, Monsalve Luz Elena, Cuevas Rodrigo, Mejía Maryluz, Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en Colombia 1992, Ministerio de Salud-OPS, Bogotá, Septiembre,1992.

DANE, La mortalidad Materna en Colombia. Estimaciones Departamentales y Municipales 1992-1996, abril, 2000.

Gaitán Hernando. Programa de reducción de la mortalidad materna y la mortalidad perinatal en Bogotá y la región centro oriental de Colombia. Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2002.

George T.F. Acsadi, Gwendolyn Johnson Acsadi, Michael Vlassoff. La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna Family Care International,1993.

Hurtado Palacio Magda Mortalidad Materna en Colombia, , OPS,1996.

Julián A. Herrera M, Luz Helena Monsalve R, Luz Mery Rodríguez H. Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad

materna y perinatal en Colombia. Ministerio de Salud de Colombia, Universidad del Valle, 1997.

Ministerio de la Protección Social, Evaluación de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales resultados anualizados agosto 2002 a diciembre 2003, Informe preliminar, abril 2004.

Ministerio de la Protección Social, Evaluación de las acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública del POS del Régimen Contributivo, Resultados Anualizados 2003, Versión Preliminar, Abril 2004.

Ministerio de la Protección Social, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Mortalidad Materna, Instituto Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Documento de Trabajo para prueba piloto, Septiembre 2003.

Ministerio de la Protección Social, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003.

Ministerio de Salud, Programa de Atención Materno infantil PAMI, 1994.

Ministerio de Salud, Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Consenso estratégico interagencial para América Latina y el Caribe. Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Resolución 412, 2000.

OPS Evaluación del Plan de Acción Regional para la reducción de la Mortalidad Materna en las Américas 1990-1994, 1996.

Palacio Hurtado Magda, Gómez Valencia Olga Lucía. Apoyemos la Maternidad Saludable Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cargraphics, Colombia, 1998.

Prada Salas Elena Mortalidad materna en Colombia. Evolución y estado actual Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). FCI Colombia, 2001.

Santarelli Carlo. Trabajo con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Iniciativa Reducir los Riesgos del Embarazo, Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

SIVIGILA, Mortalidad materna. Semana Epidemiológica 20, Ministerio de Salud, Bogotá, 2000.

SIVIGILA, Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995-2000: logros, fracasos, compromisos y retos (parte I), Semana Epidemiológica 37, Bogotá, septiembre, 2001.

SIVIGILA, Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995-2000: logros, fracasos, compromisos y retos (parte II), Semana Epidemiológica 38, Bogotá, septiembre, 2001.

Vigilancia epidemiológica avanzada para el análisis de la mortalidad materna y perinatal en la ciudad de Medellín. Convenio 08 de 2003 Municipio de Medellín /Secretaría Local de Salud, Universidad de Antioquia/Facultad de Medicina.

Zuleta Tobón John Jairo. Incidencia de la morbilidad obstétrica severa en Antioquia y factores de riesgo asociados. Escuela de Investigaciones Médicas Aplicadas de la Universidad de Antioquia.1998