

ALCALDIA DE MANIZALES
SECRETARIA DE SALUD, EDUCACION Y BIENESTAR SOCIAL

PROYECTO DE REESTRUCTURACION

PRIMERA PARTE. DOCUMENTO BASE

1

2

Manizales, enero de 1987

PROYECTO DE REESTRUCTURACION DE LA SECRETARIA
DE SALUD, EDUCACION Y BIENESTAR SOCIAL

DOCUMENTO BASE

ELABORACION :

Dr. JORGE HERNAN CALDERON OCAMPO
Jefe Sección de Salud Mental
Servicio de Salud de Caldas

Lic. ELVIA CECILIA M. DE GOMEZ
Enfermera Directora
Escuela de Auxiliares de Enfermería
Servicio de Salud de Caldas

ASOCIACION COLOMBIANA
DE FACULTADES DE MEDICINA

A. S. C.

00026

Ej 1\94-00081

MFN:

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. PROPOSITO Y OBJETIVOS	6
2. METODOLOGIA DE TRABAJO	7
2.1 SURGIMIENTO DEL PLAN DE REESTRUCTURACION	7
2.2 JUSTIFICACION	9
2.3 METODOLOGIA	11
3. ELEMENTOS QUE CARACTERIZAN EL PROYECTO	17
3.1 INTEGRADORES	17
3.2 ESTRUCTURALES	18
3.2.1 Salud	18
3.2.2 Educaci3n	20
3.2.3 Bienestar Social	23
3.3 Contextuales	26
4. MARCO DE REFERENCIA DEL PROYECTO	27
4.1 ASPECTOS GENERALES DE LA CIUDAD DE MANIZALES	27
4.1.1 Descripci3n	27
4.1.2 Dinámica Poblacional	29

4.1.3	Asentamientos no controlados y zonas deprimidas	35
4.1.3.1	VARIABLES POBLACIONALES EN LAS ZONAS DEPRIMIDAS	37
4.1.3.2	Problemas ambientales asociados a marginalidad	39
4.1.3.3	Factores precipitantes de la marginalidad	39
4.1.3.4	Factores agravantes del problema de marginalidad	40
4.1.4	Aspectos Sanitarios - Servicios Públicos	40
4.1.5	Problemas de las ciudades intermedias	41
4.2	DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DE MANIZALES	44
4.2.1	Morbilidad	45
4.2.1.1	Hospital Universitario de Caldas	46
4.2.1.2	Hospital General Santa Sofía	48
4.2.1.3	Hospital Infantil	49
4.2.2	Enfermedades de notificación obligatoria	51
4.2.3	Accidentes	55
4.2.4	Urgencias	56
4.2.5	Morbilidad según egreso hospitalario	59
4.2.5.1	Morbilidad : Hospital Universitario de Caldas	60
4.2.5.2	Morbilidad : Consolidado de Consulta Externa	61
4.2.5.3	Morbilidad : Total General - Manizales - 1983	63
4.2.6	Salud Oral	63
4.2.7	Salud Mental	64
4.2.8	Mortalidad	67
4.2.9	Atención al medio ambiente	70
4.2.9.1	Contaminación Ambiental	71
4.2.9.2	Servicios Públicos	73
4.2.9.3	Acueducto	73

4.2.9.4	Alcantarillado	74
4.2.9.5	Control de alimentos	74
4.3	PLAN INTEGRAL DE DESARROLLO URBANO DE MANIZALES	75
4.3.1	Metas y Objetivos propuestos por el PIDUM	75
4.3.2	Salud y asistencia social	78
4.3.3	Educación	80
4.3.4	Cultura y Recreación	83
4.4	PLAN DE SALUD PARA MANIZALES 1986 - 1990	86
4.4.1	Programas a implementar en salud	87
4.4.2	Factores condicionantes	93
4.4.3	Recomendaciones y estrategias generales	97
4.4.4	Objetivos y estrategias específicas	98
5.	IDENTIFICACION DE AREAS CRITICAS	101
5.1	SECTOR SALUD	101
5.1.1	Prestación de servicios de salud	101
5.1.2	Atención al medio ambiente	103
5.1.3	Sistemas de apoyo y funcionamiento	103
5.1.4	Toxicología	107
5.1.5	Medicina del Trabajo - Salud Ocupacional	108
5.1.6	Situaciones de emergencia en la comunidad	110
5.1.6.1	Plan para situaciones de emergencia	112
5.1.7	Violencia	119

5.2	EDUCACION	122
5.2.1	Aspectos Administrativos	122
5.2.2	Aspectos técnicos y de recursos	123
5.3	BIENESTAR SOCIAL	124
5.4	ZONA RURAL	125
5.5	AREAS CRITICAS COMUNES	125

INTRODUCCION

La salud, la educación y el bienestar social, son derechos constitucionales y valores fundamentales del individuo y de la colectividad sin los cuales es difícil programar, de manera efectiva, el desarrollo social y pesan en gran manera en el comportamiento general de la población.

El propósito del Estado, a través de su célula básica el Municipio, de atender la protección de la comunidad y la conservación de la salud y bienestar a través de organismos e instituciones, debe cumplirse porque es parte de un continuo sociopolítico y sus problemas no tienen solución aislada, ya que el conjunto de la situación de salud - enfermedad, educación y bienestar social imponen la dinámica estructural y funcional de un sistema.

Se entiende así que son prioridades inmediatas de acción imposter-gable, constituyéndose en componentes rectores de las políticas y planes de desarrollo del país en general y del municipio en particular.

Las circunstancias actuales impelen a realizaciones indispensables de adaptar y poner en ejecución nuevos enfoques y orientaciones de organización y prestación de servicios de salud, educación y bienestar social, dentro de las circunstancias existentes, necesi-tándose un proceso global de transformación y un proceso de transi-ción, con base en una estructura programática, a través de la exten-sión y organización racional de la prestación de servicios teniendo en cuenta factores vinculados a la salud pública, la atención médica, la educación y la organización social.

La salud es un concepto complejo que es la resultante de influencias ambientales, socioeconómicas, de marcadores genéticos y de compor-tamiento individual y colectivo en relación con la salud, además de factores referidos a la oportunidad y calidad de la atención que otorguen los servicios a dicha población, siendo factor importan-te los recursos humanos disponibles, base de la prestación de servi-cios de salud y responsables de las acciones, la motivación, actitu-des y conocimientos respecto de ellos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como : "el completo bienestar físico, mental y social", pero como es imposi-ble determinar los servicios que se requieren para asegurar ese estado ideal, se acepta la definición de servicios de salud de Corsa y Oakley, que hacen referencia a "actividades organizadas con la finalidad de disminuir el nivel de enfermedad e incapacidad humana."

La Carta de Punta del Este (1961) hace referencia a las recíprocas relaciones que existen entre la salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar, haciendo hincapié en que los programas de salud pública son esenciales y complementarios de los económicos.

Sabemos que, a pesar del desarrollo de una tecnología médica eficaz en prevenir o en curar una serie de enfermedades, grandes sectores de la población están excluidos de sus beneficios, siendo única respuesta la de la salud pública que se obtiene con el trabajo intersectorial y a través del desarrollo armónico de las comunidades, porque la enfermedad es tan ampliamente multifactorial que no se puede remediar solamente con instituciones hospitalarias o profesionales, sino con acciones a todo nivel que tengan en cuenta diagnósticos integrales de salud y su jerarquización de acuerdo con criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, contando con la necesaria participación de la comunidad en la atención de su salud, para que así las acciones de salud tengan un impacto trascendente y contribuyan efectivamente a ella.

Esta multicausalidad de factores exige promover la integralidad de las acciones de desarrollo de la salud y de atención y, en consecuencia, de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, todo esto orientado a lograr acceso a los servicios de salud, asegurando coberturas adecuadas, mejorando el estado de salud de la población, dándole prioridad a los grupos menos protegidos a través de la integración y complementación de programas y proyectos dados

en la integración docente asistencial.

El efecto de la composición cambiante en las necesidades de servicios de salud, la rápida variación y crecimiento en la población, cambian a nivel de las ciudades intermedias la proyección de las necesidades y los costos de la atención en salud, ubicándonos en una serie de nuevas estrategias para el desarrollo de la prestación de servicios en salud (servicios personales de salud, actividades de salud ambiental, información y educación pública en salud, investigación en salud) no apartando de este contexto la integración docente - asistencial, la educación y el bienestar social.

Con relación a la Educación, bien sabemos está ligada a la cultura, es transmisora de contenidos y valores, con lo cual cumple una función socializadora a través de normas y formas de unificar la sociedad, creando condiciones que permitan el acceso a los bienes de la cultura y la recreación, presentando un desenvolvimiento equilibrado de la persona como componente fundamental de la sociedad.

Al decir de los tratadistas, el Bienestar Social tiende a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre en sociedad, procurando el mejoramiento de las condiciones de vida, y es sentida la necesidad de políticas coherentes y unificadas que respondan a necesidades mínimas que requiere un individuo y su familia para convivir y subsistir en sociedad (alimentación, nutrición, empleo, salud, vestido, vivienda, educación, cultura y recreación).

Teniendo como marco de referencia lo anterior, se ve la necesidad de una reestructuración que obligue a replantear esquemas conceptuales y administrativos en búsqueda de mecanismos propios, lo cual debe realizarse a través de un proceso cuidadoso, gradual, aclimatando los desarrollos a las necesidades del Municipio de Manizales e incrementando una articulación efectiva de la salud, la educación y el bienestar social, produciendo enfoques renovados de participación comunitaria, acción intersectorial coordinada y la reorganización y reorientación de los servicios para lograr las coberturas deseadas, a fin de atenuar o borrar factores condicionantes que afectan el campo de la cultura, la salud, la educación y el desarrollo.

Este Plan de Reestructuración representa un esfuerzo para utilizar integralmente el trabajo en equipo y pretende determinar una modalidad que sirva al desarrollo integral de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar Social del Municipio de Manizales, en esta coyuntura en que renace nuevamente el Municipio Colombiano.

1. PROPOSITO Y OBJETIVOS

Consolidar un sistema de salud, educación y bienestar social municipal a través del desarrollo de la Secretaría, logrando una expresión operativa que lleve a una gestión social eficiente y productiva en el marco de la actual estructura del municipio colombiano.

Generar la extensión de servicios a las zonas marginales y a grupos de alto riesgo, para lograr un mejor desarrollo social y una mejor calidad de vida

Identificar las áreas críticas y las alternativas de solución

Dirigir programas de salud, educación y bienestar social y administrar recursos en coordinación con otras instituciones a fin de alcanzar coberturas

2. METODOLOGIA DE TRABAJO

2.1 SURGIMIENTO DEL PLAN DE REESTRUCTURACION

La Secretaría de Higiene y Educación del Municipio fue creada mediante Acuerdo # 33 de 1941 y reorganizada mediante el Acuerdo # 14 de febrero 9 de 1946 del Concejo Municipal, sin que hasta la fecha haya sufrido transformaciones de fondo ni haya sido objeto de análisis y ajustes que le permitan actuar en concordancia con el crecimiento y desarrollo de la ciudad y su comunidad.

Los esfuerzos de los diferentes Secretarios de Salud se han orientado hacia la organización de programas y acciones sostenidas mediante convenios y contratos interinstitucionales y el apoyo a grupos comunitarios y fundaciones realizadoras de programas en beneficio de la comunidad.

Algunos Acuerdos del Concejo han permitido pequeños ajustes, especialmente en las áreas de Bienestar Social y Educación.

El área de Salud ha sido atendida en sus Instituciones y recursos por la Beneficencia de Manizales como ente municipal, a través del

Hospital Universitario de Caldas y sus 6 Consultas Periféricas, el Hospital Geriátrico, el Centro Piloto de Salud (o Distrito Integrado) y sus 6 Consultas Periféricas, el Hospital Infantil de la Cruz Roja y el Hospital Santa Sofía.

Se agrega a lo anterior las Instituciones y programas de Seguridad Social, Cajas de Compensación y Centros Privados, sobre ninguno de los cuales ejerce acciones directas la Secretaría de Higiene y Educación Municipal, excepto la participación del Secretario de Salud del Municipio como miembro de la Junta de Beneficencia de Manizales y Presidente de la Junta del Centro Piloto.

Es así como el sector salud, con los recursos descritos y el apoyo financiero del departamento y la nación, canalizados a través del Servicio Seccional de Salud, conforma en la ciudad de Manizales un sistema de prestación de servicios y un modelo que ha demostrado su bondad y capacidad de respuesta pero que, a su vez, sufre un período crítico que demanda su adecuación y fortalecimiento para comprometerse en la tarea de gobierno que da énfasis al plan de acción social y a la erradicación de la pobreza absoluta, concentrando sus esfuerzos en la solución de sus problemas y en la atención a las clases marginadas y a las comunidades más deprimidas.

En la actualidad, el Concejo de Manizales ha concedido facultades extraordinarias al Señor Alcalde para proceder a realizar la reforma administrativa del Municipio, para adecuarlo a los lineamientos

que marca la Ley 11 de 1986, que hace referencia al estatuto básico de la administración municipal y ordena la participación de la comunidad en el manejo de los asuntos locales, y la ley 12 de 1986 por la cual se dictan normas sobre la cesión de impuesto a las ventas o impuesto al valor agregado (I.V.A.) y se reforma el Decreto 232 de 1983.

Es éste el origen del presente estudio con el cual se pretende dotar a la Secretaría de Higiene y Educación del Municipio de una infraestructura, mecanismos y recursos que le permitan desarrollar las acciones que cumplan, en el nivel operativo, los propósitos del gobierno.

2.2 JUSTIFICACION

Estudios realizados por la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas y otras Universidades, demuestran las múltiples necesidades de educación, salud y bienestar social que tienen las comunidades en los barrios populares y marginales de la ciudad de Manizales y, a su vez, la imposibilidad de una respuesta inmediata y suficiente para atenderlas por parte de las instituciones y recursos actuales.

Especiales condiciones presenta la red de consultas periféricas que constituye la columna vertebral de los servicios ambulatorios, ubicadas en sitios estratégicos de la ciudad y las cuales permiten

el fácil acceso de las comunidades de sus respectivas áreas de influencia.

El estudio realizado por los Doctores : Hernán Calderón, Fabio Salazar y Alba Lucía Vélez, visualiza la problemática actual y presenta alternativas de solución para los problemas detectados (ver : Evaluación Centros Periféricos Ciudad de Manizales, 1970 - 1983)

Igualmente, los programas de integración docente - asistencial y extensión comunitaria, a través de los cuales las cinco Universidades de la ciudad proyectan la formación de los recursos humanos en 13 disciplinas en las áreas de la salud, educación y promoción social, las cuales permiten un permanente contacto con la problemática de las comunidades donde se desarrollan estas acciones y las cuales, con la debida articulación con los recursos asistenciales y la utilización plena de la infraestructura de servicios, permiten aunar esfuerzos con el apoyo de los recursos del municipio para mejorar la calidad de la vida de los habitantes de la ciudad de Manizales.

Las anteriores consideraciones justifican el esfuerzo emprendido por el Señor Alcalde de la ciudad de Manizales y el Secretario de Higiene y Educación del Municipio quienes, con el apoyo de dos Técnicos comisionados por el Servicio de Salud y la asesoría de grupos de consulta conformados por expertos de los diferentes estamentos universitarios, administrativos, de servicios de salud y asisten-

ciales y representantes de Instituciones privadas y gremios directamente relacionados con el sector social, tratan de encontrar una propuesta viable que dé respuesta a las expectativas del gobierno municipal y la comunidad.

2.3 METODOLOGIA

PASO 1. Conformación del Equipo Técnico para evaluar la factibilidad técnico - política del Plan.

Por delegación del Señor Alcalde, el Secretario de Salud conformó un grupo de trabajo integrado por miembros de las Entidades representadas en la Junta Directiva de la Secretaría: el Centro Piloto, la Junta de Beneficencia de Manizales, la Facultad de Medicina, el Hospital Infantil, el Hospital Universitario, el Servicio Seccional de Salud, el Comité Departamental de Cafeteros (División de Desarrollo Social).

Este grupo conoció y evaluó ampliamente la situación de salud del Municipio de Manizales, en su zona urbana y rural, los recursos institucionales con que cuenta la ciudad, los servicios que prestan, sus recursos técnicos y financieros y el origen de éstos.

Igualmente, se hizo un cuidadoso análisis de la estructura, funcio-

nes, recursos, programas y actividades de la Secretaría de Higiene y Educación del Municipio.

El grupo apoyó la decisión de solicitar al Señor Alcalde, como acción inmediata para poder desarrollar en tan breve tiempo el trabajo, el dotarle de personal técnico que lo apoyara en la coordinación del trabajo, propuesta que fue ejecutada a través de la solicitud formal al Servicio de Salud de comisionar dos de sus técnicos para diseñar el Plan.

En coordinación con el Servicio de Salud se elaboró la agenda de trabajo cuyas actividades corresponden al segundo paso que se describe a continuación.

PASO 2. Recolección y análisis de la información

Para recolectar la información necesaria para la estructuración del plan se realizaron las siguientes actividades :

- Invitación a la Facultad de Medicina para presentar en la Sala del Concejo, al Alcalde, Gabinete Municipal e invitados especiales, el Diagnóstico de las Consultas Periféricas, la situación de salud en Manizales y el Programa de Atención Primaria de la Facultad de Medicina, los cuales se tomaron como base para iniciar los pasos conducentes a la reestructuración.

- Recopilación y estudio con el Asesor Jurídico de las bases legales, acuerdos, contratos y convenios que reglamentan o afectan la organización y programas de la Secretaría de Salud Municipal.
- Análisis y discusión de las expectativas de la Oficina de Planeación del Municipio en relación con la Secretaría de Higiene y Educación.
- Análisis, en el Plan de Desarrollo de Manizales, de los aspectos relacionados con Bienestar, Educación y Salud e identificación de áreas críticas.
- Elaboración del inventario de Instituciones, Programas y recursos en las áreas de bienestar, educación y salud que se ofrecen a la comunidad en la ciudad de Manizales.
- Recopilación de las sugerencias y propuestas que presentaron los diferentes grupos de consulta.
- Análisis de, por lo menos, dos modelos de prestación de servicios en ciudades capitales y la organización de las Secretarías respectivas que presenten metodologías innovadoras y respuestas acertadas para resolver la situación actual.

- Evaluación de políticas y perspectivas en diferentes grupos e instituciones en relación con la factibilidad y desarrollo del plan.
-

PASO 3. Análisis, presentación y discusión del plan

Reunidos y analizados todos los elementos descritos, se formuló la propuesta que da respuesta a los objetivos planteados por el Proyecto, para ser considerada por el Equipo Técnico del Servicio de Salud y el Gobierno Municipal.

Igualmente, se sometió al análisis y discusión de diferentes estamentos, así :

- Estamentos gubernamentales : Alcalde, Secretarios del Despacho, Jefe de Planeación
- Estamentos políticos : Concejales
- Estamentos universitarios : Universidades de Caldas, Nacional, Católica, Autónoma
- Comunidad : Comité Asesor

Se concertaron varias reuniones con grupos de trabajo conformados por niveles directivos representativos de los diferentes sectores (Salud, Educación y Bienestar Social) los cuales presentaron una posibilidad de vigencia y continuidad en las gestiones tanto administrativas como técnicas para respaldar las acciones de la Integración docente asistencial, participación comunitaria y coordinación intersectorial.

Por consiguiente se realizó una matriz de datos y problemas que son susceptibles de ser atendidos a través de la construcción de las áreas de salud. Este estudio y desarrollo se realizó.

Se obtiene un inventario de recursos humanos dado por las Universidades como potencial respuesta a través de la integración de planes docente - asistenciales de extensión a la comunidad, que pueden desarrollar conjuntamente con las unidades operativas de la Secretaría a nivel de las áreas propuestas.

Se plantearon luego las alternativas de solución a las áreas críticas y problemas identificados para asegurar el desarrollo del plan y dar los mecanismos de respuesta que lograron el consenso de los diferentes grupos de consulta y trabajo, para comprometer su participación y asegurar la continuidad del desarrollo del Plan.

PASO 4. Entrega de documentos y evaluación del Decreto

La decisión técnica aplicada está basada en la viabilidad del Proyecto presentado y será implementada teniendo en cuenta los siguientes mecanismos :

- Importancia
- Magnitud y gravedad de los problemas y demandas presentadas en la ciudad de Manizales
- Perfil de la situación real existente a nivel de las áreas de Salud, Educación y Bienestar Social
- Justificación de la reestructuración
- Aceptabilidad y factibilidad
- Actividad positiva de los representantes de Instituciones y sectores enterados de la problemática.
- Necesidades crecientes de la población en las áreas de Salud, Educación y Bienestar Social
- Capacidad técnico administrativa que se reconoce para ejecutar cada una de estas políticas en términos del plan.

3. ELEMENTOS QUE CARACTERIZAN EL PROYECTO

3.1 INTEGRADORES

La coordinación dada a través del estamento administrativo y directivo que recae sobre la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar Social, presenta la capacidad de relacionar distintos aspectos del Proyecto en lo concerniente a :

- Desarrollo de programas, captación y distribución de recursos
- Conformación de equipo multidisciplinario para dar la atención integral e integradora en las áreas de salud, educación y bienestar social
- Revisar y estructurar proyectos para formalizar a través de convenios y contratos, el desarrollo efectivo de programas, precisando los recursos físicos, humanos y técnicos que se comprometen aunadamente, centrados en la coordinación intersectorial e interinstitucional

3.2 ESTRUCTURALES

Crear una red de servicios físicos, humanos y tecnológicos en las siguientes áreas :

3.2.1 Salud

- Un sistema básico de atención primaria comunitaria e institucional que involucre la atención domiciliaria, seguimiento de grupos de alto riesgo biológico y psicosocial

- El desarrollo de un sistema ambulatorio de atención que consta de dos elementos :
 - Sistema de atención básica en atención primaria e institucional, y
 - Un sistema de atención intermedia

El sistema de atención ambulatoria recae sobre la organización de una red de centros que son establecidos de acuerdo con la zonificación previa de la ciudad y reforzados por centros de atención intermedia, que tendría como característica la atención en las 24 horas, la formalización de la atención en 4 especialidades básicas, la atención de situaciones de pre-urgencia de baja complejidad, etc. A su vez, actuarían como centros de

referencia y contrareferencia intermedia entre los sistemas básicos de atención primaria y los de alta complejidad, a través de sistemas de referencia claramente establecidos y que actuarían en estrecha colaboración con otras instituciones y entidades del sector, de conformidad con las necesidades y circunstancias locales.

- El sistema de atención básica sería complementado a través de los Acuerdos y Contratos que descentralizarán y unificarán los sistemas de prestación de servicios a la comunidad, tanto urbana como rural, por parte del Instituto de Seguros Sociales, la Caja de Compensación Familiar y las diferentes Cajas e Instituciones de Salud, respetando vinculación y autonomía de cada institución.

- La red hospitalaria serviría a la optimización del sistema de referencia en cuanto a que manejaría problemas de alta complejidad y asienta de investigaciones específicas y serviría como elemento del sistema que supervisaría la calidad de la atención y daría pautas prioritarias para el manejo de casos o patologías especiales.

3.2.2 Educación

La educación hace referencia al individuo en todas sus dimensiones, incorporando o modificando contenidos culturales desarrollados por los grupos, comunidades y sociedades, lo cual se convierte en acto social, constituyéndose en un factor positivo de desarrollo. Como apunta a la reproducción y transmisión de conocimientos, ideas y valores, se erige en elemento liberador del hombre.

La educación ligada a la cultura y como transmisora de costumbres y valores, que propende por un desarrollo cívico, artístico y cultural y que además ayude al individuo y a la comunidad a alcanzar la salud por sus propios medios, debe ser fruto de continua adaptación y adecuación de actividades y programas que propicien el cambio en beneficio del hombre.

La educación :

- Forma parte del proceso integral de aprendizaje social
- Está centrada en la definición y solución de problemas
- Se ocupa de las necesidades de los individuos, familias y comunidades
- Se orienta concretamente al mejoramiento de la calidad de vida

- Debe ayudar a dar respuesta a problemas educativos, sociales y de salud
- Debe ser soporte de la plena realización personal

Areas de Enseñanza :

Estas deben cubrir las necesidades de los diferentes grupos de edad, iniciándose en la etapa pre-escolar, con programas que complementen el desarrollo del niño y aseguren el éxito escolar, mediante técnicas de aprestamiento y estimulación.

Debe continuarse con el desarrollo de la educación primaria, propendiendo por el establecimiento de escuelas cuyas características físicas y técnicas sienten las bases de la formación del futuro ciudadano que se empieza a forjar.

La educación secundaria coincide con la etapa de adolescencia de los escolares y debe ser objeto de especial atención, entregando conocimientos que creen actitudes positivas y habilidades para una mayor capacidad de integración al grupo social y comunitario, previniendo problemas de drogadicción y alcoholismo.

Por definición, en el país, las etapas mencionadas corresponden al esquema de nacionalización de la educación, pero se hace necesario

establecer mecanismos de coordinación y comunicación entre la Secretaría de Salud Municipal y Departamental para fomentar los recursos educativos que atiendan las crecientes necesidades de la ciudad de Manizales

La educación no formal y de adultos ofrece a la Secretaría de Salud la posibilidad de realizar amplios programas en beneficio de la comunidad, entregando contenidos de capacitación laboral, alfabetización, desarrollo social y autocuidado familiar.

La Extensión Cultural fortalece los valores cívicos y sirve como eje divulgador de la cultura, siendo ésta y la recreación indispensables para la consolidación de la identidad y ayuda al desenvolvimiento equilibrado de la personalidad en el medio social.

Su mejor expresión a nivel comunitario será dada por la promoción y el desarrollo de actividades de índole cívica, artística, deportiva y cultural, en las cuales se debe también incluir el desarrollo de eventos cívicos como concursos y eventos juveniles de ciencia.

Los eventos culturales deben fomentar los hábitos de lectura, la apreciación artística, la creatividad y las artes plásticas, la interpretación de instrumentos musicales, la danza, el teatro

y otras artes escénicas y el fomento de las artesanías y manualidades.

Para lograr lo anterior, la Secretaría se puede apoyar en las estrategias de integración docente-asistencial y participación comunitaria, en la cual se tendrán en cuenta no sólo los líderes naturales y de barrios sino las organizaciones y empresas que apoyen con sus iniciativas y recursos el desarrollo y fomento de los diferentes programas.

3.2.3 Bienestar Social

El bienestar social tiende a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre en sociedad, procurando el mejoramiento de las condiciones de vida.

Entre nosotros, el Estado configura el papel de principal impulsor del desarrollo económico y social, y sobre él recae esta responsabilidad que debe cumplir a través del desarrollo de planes coherentes y unificados que creen el contexto para que se den las condiciones mínimas que requiere un individuo para lograr la satisfacción de sus necesidades básicas.

Lebret plantea una clasificación de las necesidades del hombre en sociedad (1966) :

- Necesidades esenciales de subsistencia : alimentación, vestido, vivienda y salud
- Necesidades de confort y las relacionadas con la recreación, transporte y esparcimiento
- Necesidades de satisfacción : educación, cultura, vida espiritual, familiar y social

El bienestar social es considerado como la sumatoria de las acciones de tipo económico, social, tecnológico y político que se orientan hacia el mejoramiento del nivel de vida, el estado social y el confort de una comunidad, lo que implica generar procesos de desarrollo que tienen como raíz común el ambiente, y como sujeto común al hombre

De lo anterior se desprende que la buena asistencia social y el bienestar social no tienen vigencia mientras miles de personas estén atrapadas en el círculo vicioso de la pobreza, la malnutrición, la enfermedad y la desesperación, que minan las energías, bajan la capacidad de trabajo y hasta las posibilidades de desarrollo.

Del bienestar depende, en gran parte, el nivel de salud de la población, las situaciones biomédicas, económicas y educativas, lo que

se traduce en productividad y vida plena.

El ámbito de desarrollo de los programas de bienestar social está dado por :

- Asistencia social alimentaria
- Promoción del desarrollo comunitario
- Asistencia social a desamparados
- Integración social familiar
- Labores de rehabilitación
- Asistencia jurídica
- Investigación de necesidades reales, sentidas e intereses
- Asistencia a la tercera y cuarta edad
- Recreación y fomento del deporte

Especial atención merece la recreación y el manejo del tiempo libre, como ~~medida preventiva para evitar el deterioro~~ físico y fomentar la salud mental, por tener sus raíces en lo psicogenético, lo socio-genético y la herencia biológica del hombre y su tendencia hacia el movimiento o actividad, que dicen de la necesidad de utilizar la recreación.

Juegos en casa, hábitos de descanso, aprovechamiento del tiempo libre, recreación dirigida, deporte comunitario, juegos recreativos de salón, juegos didácticos a campo abierto, estimulación del deporte competitivo son, entre otras, actividades que sin el requerimiento

de grandes inversiones pueden dar una respuesta a corto plazo a esta necesidad básica del hombre.

3.3 CONTEXTUALES

Basados en el Diagnóstico de la situación de salud de la ciudad de Manizales, a través de elementos dados por el Sistema Nacional de Salud y el Servicio Seccional de Salud, distintos estudios hechos por las entidades y en especial la Evaluación de Centros Periféricos de la ciudad de Manizales 1970 - 1983 y el Plan Integral de Desarrollo Urbano de Manizales - 1985, además de la factibilidad de realizar el proyecto, se inicia su estructuración.

A través de las diversas consultas hechas con representantes de diversas instituciones se encontró la viabilidad de enmarcarlo dentro de un contexto legal y definir la posibilidad de la capacidad presupuestal que tenga para su desarrollo el proyecto ya definido.

4. MARCO DE REFERENCIA DEL PROYECTO

4.1 ASPECTOS GENERALES DE LA CIUDAD DE MANIZALES

4.1.1 Descripción

La ciudad de Manizales corresponde al ámbito de las ciudades intermedias en Colombia. Fue fundada en 1848 por un grupo de antioqueños, "la expedición de los veinte", creada luego como Municipio en octubre de 1849 el cual inició labores como entidad administrativa en 1850.

Hacia 1870 empieza la ciudad de Manizales a crear un sistema de atención en salud y da los primeros pasos para fundar el Hospital. Para el año de 1910 se inaugura un nuevo Hospital y paralelamente empieza a funcionar la Sociedad Científica de Manizales.

Para el año de 1905, mediante la Ley 17, se da autonomía a la ciudad como capital del Departamento de Caldas.

La ciudad está enclavada en el flanco occidental de la cordillera central, caracterizándose la mayor parte de su extensión por una

geografía accidentada, de flancos inclinados y vertientes abruptas.

La ciudad presenta un desarrollo longitudinal y a veces desordenado. Su asiento físico, a nivel de barrios periféricos, presenta suelos de condiciones de estabilidad no suficientemente aceptables. La erosión está más localizada sobre el flanco sur-oriental, sobre la Quebrada Manizales, en el extremo derecho de la ciudad y a nivel de barrios tales como : Galán, Marmato, Pío XII, Matadero Municipal, cerca a los cauces del río Chinchiná y la Quebrada Manizales.

La ciudad está ubicada en una zona de gran actividad sísmica. Se encuentra a $5^{\circ} 04'$ de longitud norte y $75^{\circ} 31'$ de longitud oeste de Greenwich y a una altura de 2.216 metros sobre el nivel del mar. La temperatura promedio es de 17°C (30.6 Fahrenheit), con 21.4°C de temperatura máxima media y 13.1°C de temperatura mínima media. Los meses más cálidos son febrer y marzo, y los más fríos octubre y noviembre. Tiene 1679,6 horas de brillo de sol y 233 lluviosas. Su humedad relativa es de 78°C

La superficie calculada es de 508 km^2 con una densidad poblacional de 470 hab/km^2 . La extensión de la zona urbana se calculaba, para 1976, en 297 Ha. de área edificada y 156.018 m^2 pavimentados.

Está delimitada por el norte con el Municipio de Neira, al oriente con el Municipio de Marulanda y el Departamento del Tolima; los municipios de Chinchiná, Palestina y Anserma demarcan su límite

occidental y los Municipios de Chinchiná y Villamaría la limitan por el sur.

La división político-administrativa está dada por : 41 veredas en zona rural, 9 caseríos y 9 inspecciones de Policía en zonas urbanas y rurales. La zona urbana está conformada por 90 barrios con un promedio que oscila entre 2.500 y 6.000 habitantes por barrio.

4.1.2 Dinámica Poblacional

La ciudad de Manizales cuenta con una población de 299.352 habitantes, calculada con base en el último censo. Un 52.4% corresponde al sexo femenino y un 91.9% de esta población está calculado para la cabecera municipal.

Del total de la población, el 2.27% son menores de un año; el grupo de 1 a 4 años ocupa el 8.22%, para un total de 10.49% en los menores de 5 años, grupo de gran vulnerabilidad al cual se agregan las mujeres gestantes, calculadas en un 3% de la población.

En los cuadros siguientes se presenta la población de Manizales por grupos de edad para los años de 1985, 1986 y 1987, y la población total por grupos etáreos, comparativamente para los años 1971 - 1972 y 1981 - 1982.

POBLACION POR GRUPOS ETAREOS
MANIZALES, 1985 - 1986 - 1987

GRUPOS DE EDAD	1985	1986	1987
- 1 año	6.616	6.757	6.868
1 - 4 años	26.582	27.028	27.474
5 - 14 años	68.552	69.701	70.850
15 - 44 años	147.381	149.751	144.325
45 - 59 años	31.133	31.654	38.177
60 y más años	19.158	19.479	19.800
TOTAL	299.422	304.370	327.494
Obstétricas	7.639	7.767	7.894
Mujeres en edad fértil	66.456	65.570	68.684
Mujeres en Planificación F.	26.103	26.944	26.974

FUENTE : DANE

POBLACION TOTAL DE MANIZALES POR GRUPOS ETAREOS

1971 - 1972 y 1981 - 1982

GRUPOS ETAREOS	1971	1972	1981	1982
- 1 año	8.573	8.621	5.933	5.962
1 - 4 años	34.046	34.238	30.180	30.330
5 - 14 años	72.256	72.664	78.932	79.322
15 - 44 años	99.689	100.251	106.790	107.318
45 - 60 años	24.004	24.139	27.858	27.996
60 y más años	6.368	6.404	8.254	8.295
TOTAL	244.396	246.317	257.947	259.223

FUENTE : DANE - Servicio de Salud de Caldas

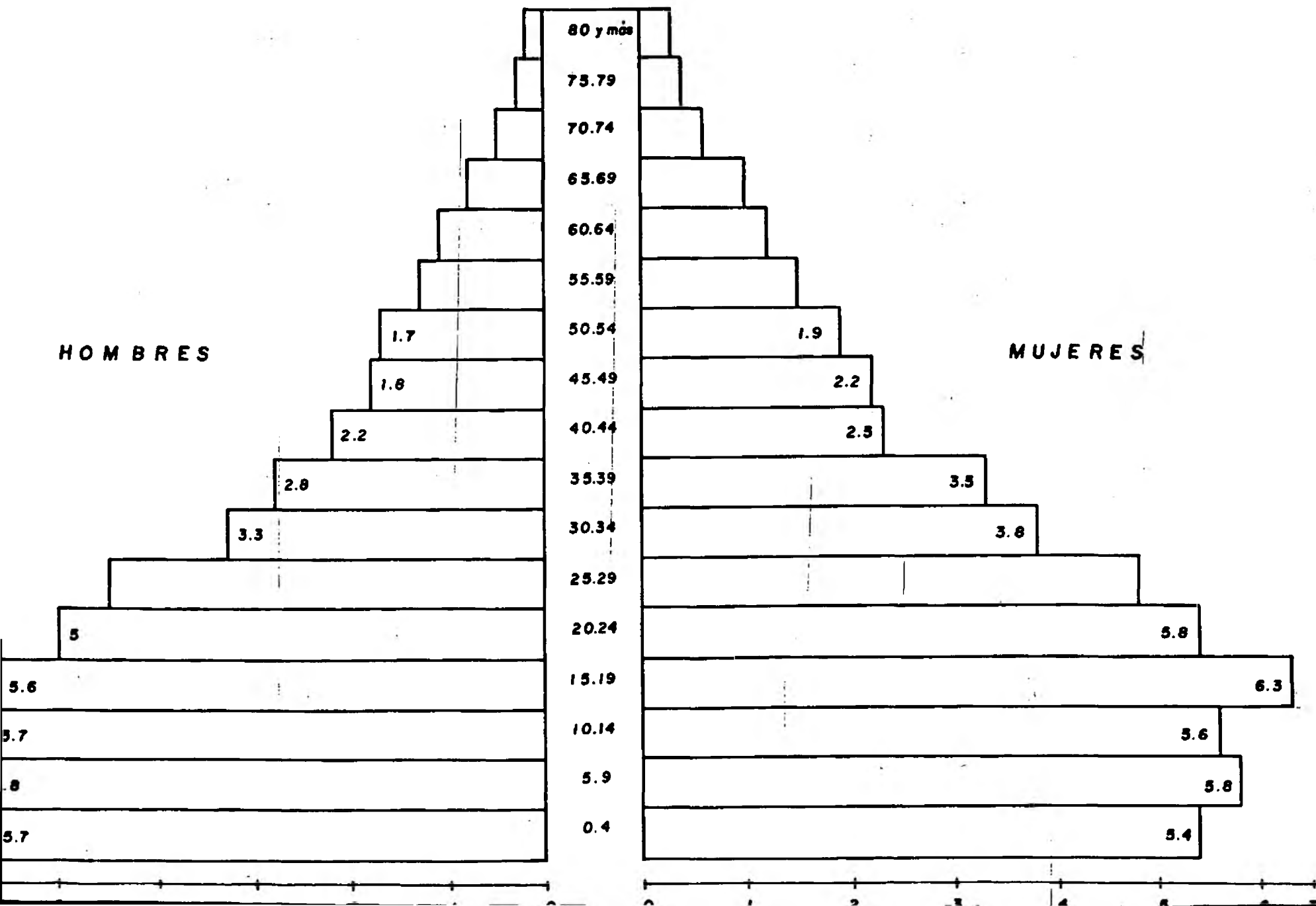
El crecimiento de la población está calculado para Colombia en un 2.1%, condicionado por la tasa de natalidad calculada en un 27 por mil y la mortalidad general con 5.8 defunciones por cada mil habitantes. Para Manizales, la tasa de mortalidad general es de 6.5 por mil (enero de 1985). En menores de un año, la mortalidad era de 27.4 por mil y para los del grupo de 1 a 4 años, de 1.5 por mil, para una tasa global de 6.7 por mil en la población infantil.

El modelo demográfico de la ciudad de Manizales presenta todavía decremento a nivel de la base de la pirámide poblacional. Su estructura presenta un tránsito demográfico de una población joven a una estructura de población adulta con un incremento significativo de la franja de la población de 60 y más años. En la pirámide poblacional se ensancha el segmento intermedio y se incrementa el nivel promedio de edad.

La migración mayor de los habitantes de Manizales se da hacia Medellín, Cali, Bogotá y Pereira. Además, se presenta una gran migración interna en la ciudad, de barrio a barrio y de personas provenientes del área rural y de otros municipios cercanos, buscando algunas oportunidades de trabajo y mejores condiciones de vida. En realidad, estos grupos migratorios contribuyen a incrementar la población marginal de la ciudad, la cual presentaba, para 1985, un total de 40.119 personas.

PIRAMIDE DE POBLACION

MANIZALES 1.985



4.1.3 Asentamientos no controlados y zonas deprimidas

Tomando como base el "Análisis de Centros Periféricos de la Ciudad de Manizales, 1970 - 1983, se encontró que la situación de marginalidad en Manizales se ha acentuado a partir de la década del 60, con el incremento de las zonas tuguriales y de invasión, a expensas de las cuales se eleva la morbilidad en épocas invernales.

El creciente y acelerado proceso de urbanización de Manizales, que genera mayores demandas en el campo de la salud tales como la de servicios básicos sanitarios, presenta dificultades para desarrollar infraestructuras por las características del terreno.

Los asentamientos humanos espontáneos, incontrolados y mal dirigidos generan toda suerte de problemas en lo que atañe al campo de la salud, constituyéndose en islas con fuerte retraso socioeconómico y cultural, presentando conflictos entre la necesidad y la disponibilidad.

Para 1980, la población de las zonas marginales provenientes de zona urbana de Manizales correspondió a un 48.7% y del sector rural al 10%, presentando además frecuentes cambios de residencia. A nivel de los barrios periféricos es muy activa la migración interna. Los Departamentos que más desplazamiento generan hacia las zonas deprimidas de la capital de Caldas son : Tolima, Valle y Antioquia.

Los asentamientos más recientes fluctúan entre un año y un mes y corresponden a los barrios de : San Vicente, El Solferino, Estrada, Sierra Morena, El Nevado, San Fernando, Pilar Vallejo, El Playón y la carretera Panamericana.

Los barrios que mayor emigración generan hacia zonas de asentamientos espontáneos son : Fátima, La Avanzada, Marmato, El Carmen, Galán, Estrada, San Ignacio, Asís, San José, El Nevado y El Triunfo.

Los barrios que tienen zonas de gran marginalidad, para 1985, son:

- La Linda - Sacatín	2.148 habitantes
- Asís - Jazmín	1.109
- Avanzada - Camino del medio	2.804
- Bajo Galán	1.491
- Alto Galán	2.837
- El Caribe	695
- Solferino	5.825
- Baja Suiza	751
- La Playa (Cantera)	1.803
- Persia y Pedro Pablo Bello	1.627
- Bajo Nevado - Panamericana - La Playita	2.303
- Alto Nevado	6.089
- El Campamento - Nuevo Carmen	3.635
- Camilo Torres	4.864
- Estrada - Sierra Morena	2.318

El total de la población marginal de Manizales, para 1985, fue de 40.119 habitantes, en los cuales se encontró como problemática asociada : la pobreza, alta natalidad, baja expectativa de vida, vivienda insalubre, subalimentación, subempleo, tasas altas de desempleo, problemas de promiscuidad, empleo ocasional, baja escolaridad, deficiente planificación y pobre construcción de obras de infraestructura básica, problemas activos de erosión y dificultades en lo referente a acueducto y alcantarillado.

4.1.3.1 Variables Poblaciones en las zonas deprimidas

Las características principales encontradas en la población de los barrios marginales, fueron las siguientes :

Según la edad, la población de 0 a 14 años representa el 47.41%, la población de 15 a 59 años representa el 50% y los de 60 y más años representan el 2.6%

Respecto a las edades del Jefe del hogar, el 50% tiene edades comprendidas entre los 18 y 38 años, encontrándose la mayor concentración entre 29 y 38 años.

Con relación a la composición familiar en estos barrios, en 1979, se encontró que el promedio de miembros por familia era de 6, con un promedio de 5.4 hijos por familia. Para 1980, según estudios

realizados por Planeación Municipal, se encontró que el promedio de personas por familia disminuyó a un 4.9 y el promedio de hijos también disminuyó a un 2.8%

Según el estado civil, predominan los solteros en un 66.6% y los casados ocupan el 25.78%. El 85.55% de los padres de familia son casados por la Iglesia Católica y se aprecia un aumento de convivientes respecto del estado conyugal.

Según el sexo, el 49.8% corresponde al sexo masculino.

La población de estas áreas marginales afronta numerosos problemas familiares, entre los cuales están :

- Bajos niveles de educación
- Limitado desarrollo familiar
- Disminución o falta de metas o valores humanos
- Alcoholismo y drogadicción
- Comportamientos sociopáticos
- Maltrato infantil y violencia intrafamiliar

La situación anterior se agrava con la carencia de vivienda adecuada y la carencia y/o baja calidad de los servicios sanitarios.

4.1.3.2 Problemas ambientales asociados a marginalidad

Se han encontrado como problemas ambientales asociados a la marginalidad los siguientes :

- Calles estrechas, sin pavimentar y desprovistas de vegetación
- Falta de espacios adecuados (zonas verdes y jardines) para descanso y juego de los niños
- Pendientes acentuadas
- Erosión
- Contaminación del agua (aguas negras, desechos industriales, basuras)

4.1.3.3 Factores precipitantes de la marginalidad

- Crecimiento de la población, lo que incide en el aumento de demanda de vivienda
- Desplazamiento del campesino hacia las zonas urbanas
- Altos costos de la tierra urbanizable
- Crecientes costos de los materiales de construcción
- Factores relacionados con el costo de la vida
- Imposibilidad de adquirir vivienda por medios legales
- Insatisfacción por las condiciones de alojamiento (alquiler costoso, hacinamiento, inquilinato, etc.)

4.1.3.4 Factores agravantes del problema de marginalidad

Entre las situaciones que agravan el problema en zonas marginales tenemos :

- Condiciones del suelo
- Banqueros y movimientos inadecuados de tierra
- Sistemas inadecuados de construcción
- Interferencia de cauces naturales
- Situación de las personas en extremo marginamiento
- Retraso en la iniciación y puesta en marcha de programas integrales de impulso social.

4.1.4 Aspectos Sanitarios - Servicios Públicos

En la ciudad de Manizales, la infraestructura de los servicios públicos se ha ido mejorando. Sin embargo, dada la magnitud del crecimiento de sus zonas marginales y su difícil geografía, han sido un obstáculo grande para que los programas, en la distribución y beneficio de dichos servicios a todas las zonas geográficas de la ciudad, sean uniformes y suplan adecuadamente las carencias existentes.

A diciembre 31 de 1982, el estado sanitario de la ciudad de Maniza-

les era el siguiente : la cobertura de acueducto en viviendas era del 95.5%, de alcantarillado 95% y para servicios sanitarios 85.2%. Con relación a la cobertura de estos servicios, es mayor del 95% y para establecimientos especiales figura por el 99%.

Aunque la calidad del agua en general es buena, a nivel de los barrios periféricos su calidad es difícil de controlar y no llega a la totalidad de vivienda, encontrándose que el suministro de agua no es en cantidad suficiente ni de manera permanente; se presenta poco control en fugas.

4.1.5 Problemas de las ciudades intermedias

Colombia se ha caracterizado por ser un país de ciudades donde, en la última década, se ha consolidado el desarrollo urbano acelerado, pasando de un país rural, de características específicas en su desarrollo, a un país con eminentes características urbanas y fenómenos muy específicos a nivel de este desarrollo que presenta.

Las grandes ciudades, Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, tienen una dinámica de desarrollo específico y cuentan con gran poder dentro de reparticiones presupuestales y dentro de la posibilidad de asignación de prioridades; lo que no sucede con las ciudades intermedias que fluctúan dentro del panorama nacional entre problemas y aspiraciones semejantes a las de las grandes ciudades y las dificultades

de los pequeños villorrios.

No presentando los problemas al extremo que presentan las grandes ciudades, la ciudad intermedia se ve ante un doble proceso en la prestación de servicios, de una superposición de lo antiguo y lo nuevo, que contando con un sistema no deteriorado aún, está en la incapacidad de pasar de modelos teóricos a modelos prácticos actualizados de acuerdo con sus necesidades.

La población marginal constituye un grupo especial de exposición a mayores riesgos, sin un adecuado acceso a los servicios para su atención.

El desarrollo urbano es actualmente el fenómeno demográfico más dinámico por el carácter desordenado del proceso de crecimiento, y la respuesta a las necesidades y prioridades que presenta la sociedad es lenta e insuficiente.

Otros problemas comunes a las ciudades intermedias son :

- Carencia de un sistema medioambiental tan determinado como en las grandes ciudades, lo que con inversiones continuas se podría prevenir y mejorar.
- La evolución de las causas de muerte, en el tiempo, revela un proceso de transición epidemiológica, haciendo su aparición

enfermedades asociadas al desarrollo

- Presenta ~~recursos médicos y hospitalarios~~ no tan limitados y que con un mantenimiento eficiente del sistema podrían prestar buenos servicios; además, con una adecuada planificación mantendrían una proyección eficiente.
- Las enfermedades diarreicas, problemas de insuficiencia respiratoria y desnutrición, condicionan altas tasas de muerte, además el problema de la accidentabilidad crece, lo que genera la necesidad de una respuesta prioritaria a esta patología
- Las afecciones prevenibles conviven con el típico espectro moderno de la enfermedad crónica lo cual se agrava por problemas socio-ambientales
- También presenta un claro patrón migratorio manifestándose como ciudades expulsadoras de población y además, los grupos asentados en zonas carentes de satisfactores mínimos y que aislados del beneficio de la actividad productiva son objeto de compleja situación de morbilidad biológica y psicosocial, lo que requiere, a su vez, programas cada vez más amplios de salud, bienestar social y recreación.
- Presentan tasas altas de desempleo como consecuencia de la no instalación de grandes industrias que absorban mano de obra suficiente

4.2 DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DE MANIZALES

El cuadro general del desarrollo de Manizales, común a las ciudades intermedias, presenta un mosaico epidemiológico que hace referencia a problemas agudos que todavía no han sido frenados adecuadamente y a problemas de índole crónica y patológica, generados específicamente a expensas del deterioro del medio social. Esto constituye una invitación para que las instituciones comprometidas en la prestación de servicios de salud busquen vías accesibles para su solución.

Las características de las ciudades intermedias muestran que los problemas se incrementan rápidamente, aumentando sin cesar el número de personas que viven y vivirán en condiciones socioeconómicas precarias que obstaculizan el logro de su salud.

Estando el proceso de salud - enfermedad ligado a factores socioeconómicos y demográficos como : la migración, el empleo, el medio ambiente, la vivienda, la educación y la comunicación, se presenta como necesaria la instauración de planes y propuestas que busquen salidas viables y soluciones a dicha problemática.

Tomando como base la "Evaluación de Centros Periféricos de la ciudad de Manizales, 1970 - 1983" realizada por Calderón, Vélez y Salazar, se actualiza y desarrolla el análisis estadístico de los problemas de salud.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
EN TODAS LAS EDADES
CONSULTORIOS PERIFERICOS 1.985

CODIGO	C A U S A S				
		No. ORDEN	CASOS	TASA	%
103	I . R . A	1	2.284		8.6
127	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS GENITALES	2	1.989		7.5
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	3	1.962		7.4
122	OTRAS ENFERMEDADES DE APARATO URINARIO	4	1.382		5.2
47	OTRAS HELMINTIASIS	5	1.224		4.6
90	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	6	869		3.3
108	BRONQUITIS , ENFISEMA Y ASMA	7	831		3.1
48	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	8	748		2.8
94	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	9	585		2.2
4	AMIBIASIS	10	566		2.1
	T O T A L CONSULTAS	-	26.416		100

* 46.8

4.2.1 Morbilidad

Consideramos que es importante conocer las causas de enfermedad en cada una de las áreas de influencia de los Periféricos y de las Instituciones que prestan diferentes servicios de salud, ya que las diferentes estructuras socioeconómicas de estas áreas hacen que sus condiciones de morbilidad sean disímiles.

Entre las 10 primeras causas de morbilidad, en 1983, de los Periféricos donde fue posible obtener el dato, encontramos que las enfermedades de los órganos genitales, las enfermedades de la piel, las infecciones respiratorias altas y el parasitismo, ocupan los cinco primeros lugares. Para 1985 se observó un incremento de la incidencia en la infección respiratoria aguda.

Es preocupante el hecho de que aún se anote dentro de las cinco primeras causas de morbilidad, en nuestro medio, las enfermedades parasitarias. Debe investigarse la causa por la cual las enfermedades respiratorias altas comienzan a ocupar un sitio importante dentro de las diez primeras causas de morbilidad.

Las enfermedades de los órganos genitales, como primera causa de consulta, probablemente responda al predominio de consulta de sexo femenino que hay en todos los Centros.

La enfermedad hipertensiva empieza a aparecer entre las diez prime-

ras causas, reflejando una disminución en las enfermedades infantiles, lo que permite a las patologías crónicas y degenerativas ganar puestos dentro de la estructura de morbilidad.

El consolidado total para la ciudad de Manizales muestra como primera causa de consulta las laceraciones, heridas y traumas de vasos sanguíneos, producto de la violencia que ha venido incrementándose en nuestro país. Esto puede confirmarse revisando el diario de ingresos al servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Caldas, centro de referencia de toda la ciudad, donde encontramos que los accidentes de tránsito, las heridas por arma de fuego y cortopunzantes representan el mayor porcentaje de consulta diaria y ocupan, por lo menos, el 50% de las camillas disponibles en ese servicio. Este cuadro persiste para el año 1985.

4.2.1.1 Hospital Universitario de Caldas

Según el diagnóstico en la consulta médica del Hospital Universitario de Caldas, en los años 1982 y 1985, la primera causa de consulta la constituyen las laceraciones, heridas y traumatismos de vasos sanguíneos, explicable por la concentración de este tipo de patología a nivel del servicio de Urgencias del Hospital.

El resto de patologías es similar a las encontradas en los Periféricos de la ciudad, exceptuando algunas que requieren de servicio

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
 EN TODAS LAS EDADES
 HOSPITAL UNIVERSITARIO 1985

CODIGO	C A U S A S				
		Nº ORDEN	CASOS	TASA	%
162	LACERACIONES, HERIDAS	1	4.378	31.2	8.9
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	2	2.252	16.0	4.6
103	I. R. A.	3	2.062	14.7	4.2
122	OTRAS ENFERMEDADES APA- RATO URINARIO	4	1.990	14.2	4.0
127	OTRAS ENFERMEDADES OR- GANOS GENITALES	5	1.927	13.7	3.9
90	ENFERMEDADES DEL OJO Y ANEXOS	6	1.785	12.7	3.6
118	OTRAS ENFERMEDADES APA- RATO DIGESTIVO	7	1.670	11.9	3.4
157	FRACTURAS DE MIEMBROS	8	1.315	9.4	2.7
78	TRASTORNOS NEUROTICOS	9	1.196	6.5	2.4
167	TRAUMATISMOS SUPERFICIA- LES CONTUSIONES	10	1.178	6.4	2.4
-	TOTAL CONSULTAS		42.297	351.1	100.0

= 40.1

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
EN TODAS LAS EDADES
HOSPITAL SANTA SOFIA 1985

CODIGO	CAUSAS				
		No. ORDEN	CASOS	TASA	%
127	OTRAS ENFERMEDADES ORGANOS GENITALES	1	75	3.9	13.8
126	PROLAPSO UTEROVAGINAL	2	37	1.9	6.7
115	HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	3	36	1.9	6.8
110	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	4	33	1.7	5.9
96	ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	5	30	1.5	5.4
97	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LA CIRCULACION PULMON.	6	21	1.1	3.8
108	BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA.	7	21	1.1	3.6
122	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	8	19	1.0	3.4
118	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	9	17	0.9	3.1
123	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	10	14	0.7	2.5
—	TOTAL CONSULTA	—	555	28.6	100

= 54.6%

especializado, como las enfermedades del ojo y sus anexos que no aparecen como causa importante de consulta en los Centros, pero sí generan importante número de interconsultas.

Comparando la morbilidad que se presentaba en 1971 con la de 1982 y 1985, encontramos que :

- Los accidentes y la violencia que ocupaban el octavo lugar en 1971, han pasado al primer lugar en 1982 y 1985
- Las enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo, que no aparecían en 1971, ocupan en 1982 el quinto lugar y su incidencia se incrementa para 1985 ocupando el segundo lugar dentro de las primeras causas de incidencia por consulta médica, en todas las edades.
- Los trastornos mentales, psicosis, neurosis, que en ese entonces se agrupaban en un solo rubro, al ser individualizados entran a ocupar el décimo lugar en 1982, en su forma de trastornos neuróticos, y para 1985 ocupan el noveno lugar

4.2.1.2 Hospital General Santa Sofía

Analizando las primeras causas según consulta, para 1982 y 1985, encontramos que, a pesar de ser el Hospital Santa Sofía por defini-

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
EN TODAS LAS EDADES
HOSPITAL SANTA SOFIA 1985

CODIGO	CAUSAS				
		No. ORDEN	CASOS	TASA	%
127	OTRAS ENFERMEDADES ORGANOS GENITALES	1	75	3.9	13.5
126	PROLAPSO UTEROVAGINAL	2	37	1.9	6.7
115	HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	3	36	1.9	6.5
110	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	4	33	1.7	5.9
96	ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	5	30	1.5	5.4
97	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LA CIRCULACION PULMON.	6	21	1.1	3.8
108	BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA.	7	21	1.1	3.8
122	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	8	19	1.0	3.4
118	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	9	17	0.9	3.1
123	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	10	14	0.7	2.5
—	TOTAL CONSULTA	—	555	28.6	100

= 54.6%

ción un Hospital General, sigue manejando gran cantidad de patología cardiopulmonar, derivada probablemente de su antigua condición de hospital de vías respiratorias.

Si establecemos comparación entre la patología del Hospital Santa Sofía y la del Hospital Universitario, para el mismo año, se encuentran diferencias derivadas probablemente del servicio de urgencias que presta el Hospital Universitario y que responde por los accidentes, traumas y fracturas, que ocurren en personas mayores de 14 años. Sin embargo, encontramos causas de consulta común en los estados neuróticos y mala definición de diagnósticos, enfermedades del aparato genital y las infecciones respiratorias agudas. Además, se visualiza un incremento en la incidencia de la enfermedad isquémica del corazón y otras enfermedades del corazón y la circulación pulmonar.

4.2.1.3 Hospital Infantil

En el Hospital Infantil encontramos, para los años de 1982 y 1985, que a pesar de las acciones encaminadas a ofrecer agua potable a la población, siguen siendo las diarreas la primera causa de consulta para 1982 y la segunda causa en incidencia para 1985, destacándose los Hogares Infantiles y Concentraciones Escolares como las áreas donde se presentan con mayor frecuencia brotes epidémicos, que hacen relación a fuentes de contaminación común.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
 EN TODAS LAS EDADES
 HOSPITAL INFANTIL 1985

CODIGO	CAUSAS				
		No. ORDEN	CASOS	TASA	%
103	I. R. A.	1	3.260	57.4	11.7
6	E. D. A.	2	2.481	43.6	8.8
162	LAS CERACIONES, HERIDAS	3	2.028	35.7	7.2
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TE- JIDO CELULAR SUBCUTANEO	4	1.762	31.0	6.3
90	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	5	1.293	22.7	4.6
91	ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDEA	6	996	17.5	3.6
108	BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA.	7	851	15.0	3.0
31	OTRAS VIROSIS	8	834	14.7	3.0
106	NEUMONIAS	9	790	13.9	2.8
157	FRACTURAS DE MIEMBROS	10	722	12.8	2.6
—	TOTAL CONSULTA	—	27.967	492.1	100

= 43.6%

En segundo lugar tenemos laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos lo que refleja, al igual que en el Hospital Universitario, el aumento en las tasas de violencia y accidentabilidad, comparado con la década pasada.

Las infecciones respiratorias agudas vienen ganando puestos dentro de las primeras causas de consulta lo que, probablemente, responde a condiciones climáticas, presencia de alérgenos, entre otras causas, a tal punto que para 1985 las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar en toda la consulta médica.

En cuanto a enfermedades de la piel en niños, al igual que en los adultos, es una de las primeras causas de consulta, tanto en centros periféricos como en centros de referencia.

4.2.2 Enfermedades de notificación obligatoria

Haciendo una comparación entre los años de 1976 y 1983, encontramos los siguientes datos para Marizales :

- Para 1976, los cinco primeros lugares en enfermedades de notificación obligatoria estuvieron ocupados por : diarrea y enteritis, infección gonocócica, sarampión, sífilis precoz, hepatitis infecciosa

- Para el año epidemiológico de 1983, encontramos : diarrea y enteritis, infecciones respiratorias altas, influenza, hipertensión arterial y tumores malignos

Cabe anotar que, desde hace más o menos 4 años, fueron incluidas la hipertensión arterial y los tumores malignos en el SIS-12 (formulario de registro de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria) lo que desplaza a otras patologías en el orden de prioridades (infección gonocócica y sífilis).

- El grupo de edad que mayor cantidad de casos de diarrea aporta es el de 0 a 4 años, registrándose en el Hospital Infantil y en la Consulta Periférica, ya que el Hospital Universitario solo atiende pacientes mayores de 14 años, población que es menos susceptible a presentar esta patología
- Las infecciones respiratorias altas también se encuentran concentradas en el grupo de menores de 4 años que consultan a los Centros Periféricos y al Hospital Infantil, llegando en algunos Periféricos a desplazar a la enfermedad diarreica aguda.
- La influenza, al igual que las enfermedades respiratorias altas, atacan al grupo menor de cuatro años.
- El grupo de edad de 60 y más años aporta el 80% de los diagnósticos de hipertensión esencial, correspondiendo un 20% al grupo

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA CONSULTORIO
EN TODAS LAS EDADES
VÍAS RESPIRATORIAS 1985

CODIGO	CAUSAS				
		No. ORDEN	CASOS	TASA	%
108	BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA	1	96		13.4
7	T. B. C. DEL APARATO RESPIRATORIO	2	81		11.3
106	NEUMONIAS	3	31		4.3
110	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	4	26		3.6
31	OTRAS VIROSIS	5	19		2.6
97	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LA CIRCULACION PULMON.	6	18		2.5
94	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	7	17		2.4
55	CA. TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMON.	8	13		1.8
103	I. R. A.	9	10		1.4
8	T. B. C. DE LAS MENINGES Y DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.	10	5		0.7
		—	717		100

= 44. %

etáreo comprendido entre los 45 y 59 años de edad.

- En cuanto a los tumores malignos, el Hospital Universitario aporta la mayor parte de los diagnósticos, ubicados en el grupo comprendido entre 15 y 59 años, ocupando el cáncer de cuello uterino el primer lugar, con una tasa del 5.5 por 100.000 habitantes, estando los grupos de edad comprendidos entre 15 - 44 y 45 - 59 años, igualmente comprometidos.
- En el período entre 1978 y 1982 se encontró, con referencia al cáncer de cérvix detectado en el Hospital Universitario de Caldas, que entre el 48 % y el 51.9 % de las pacientes proceden de Manizales y proporcionalmente el mayor número de casos diagnosticados se encontraba en estado 3 y 4
- El segundo lugar está ocupado por el cáncer de estómago, con una tasa de 4.1 por 100.000 habitantes. Sin embargo, debe anotarse que solo un 1.37% de los pacientes con diagnóstico de cáncer son de Manizales, 17 % de otros departamentos y 46% del resto de municipios. El grupo etáreo comprendido entre 15 y 44 años aporta el 18% de los diagnósticos, el de 45 a 59 años, el 31% y el grupo de 60 y más años aporta el 51%
- En tercer lugar se encuentra el rubro dedicado a localización no específica

- El cuarto lugar está ocupado por el cáncer de la piel, con una tasa de 2.5 por 100.000 habitantes, distribuidos así : 25% de los diagnósticos son efectuados en personas comprendidas entre 15 y 44 años, 25% entre 45 y 59 años y el 50% restante en el grupo de 60 y más años. De éstos, el cáncer espinocelular ocupa el primer lugar.
- En quinto lugar encontramos el cáncer de mama, con una tasa de 1.7% por 100.000 habitantes y un aporte de 33% de casos en los grupos de edad de 15 a 44 años, 45 a 59 y 60 años y más.
- Si suprimimos los tumores malignos y la hipertensión del formulario en mención, aparecen la infección gonocócica y la sífilis en diferentes formas, entre las primeras enfermedades transmisibles de notificación obligatoria.
- El grupo de 15 a 44 años aporta el 90% de casos de sífilis y gonocócica. Los períodos críticos, dentro de los ciclos epidemiológicos, pertenecen a los meses de diciembre, enero y julio (época de vacaciones). El incremento diagnóstico para sífilis congénita se ha dado a partir de 1980.
- Con referencia a la morbilidad por enfermedades de transmisión sexual se deben contemplar factores como : la gran movilidad de la población, la drogadicción, el acelerado proceso de urbanización y la marginalidad, que actúan como factores condicio-

nantes y el cambio de comportamiento frente a la sexualidad sin una adecuada educación sexual.

- Para 1986, la tricomoniasis vaginal ocupa el primer lugar en patología de transmisión sexual, en el Hospital Universitario, seguida por la infección gonocócica y en tercer lugar, la sífilis precoz sistémica. El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años, seguido del de 45 a 59 años, lo que se refleja en datos detectados para la ciudad de Manizales, en el año 1986

4.2.3 Accidentes

Las zonas identificadas como generadoras de mayor número de accidentes de tránsito se encuentran ubicadas a lo largo de las dos principales vías arteria de la ciudad, lo que probablemente se origina en la concentración de vehículos en las horas pico, agravado lo anterior por un desconocimiento de las normas de tránsito, tanto por peatones como por los conductores, lo que da una idea de la necesidad apremiante de implementar programas educativos en tal sentido.

La incidencia de accidentes en la ciudad de Manizales ha aumentado, presentándose sobre todo en el grupo de 15 a 44 años, y en los niños de 5 a 14 años tiende a aumentar la morbimortalidad dada por acciden-

tes en el hogar y por vehículos automotores.

Los accidentes por vehículo automotor se presentan con más frecuencia en las horas pico - 12:00 m y 6:00 p.m. y en fines de semana y horas de la noche. Una de las causas de los accidentes es la embriaguez y el mayor porcentaje de accidentados son del sexo masculino.

Los días y épocas de mayor volumen de accidentes se presentan en diciembre, semana santa y puentes, siendo las causas más frecuentes la humedad del piso (lluvia, invierno) el abuso de alcohol y drogas, la alta velocidad y el no guardar prudente distancia en el cruce donde hay semáforos.

La accidentabilidad por vehículos automotores se viene incrementando con aumento de la morbilidad, generando gran costo social. El alto flujo automotor concentrado en un número reducido de vías arteriales, presenta como resultado un incremento en la probabilidad de presentarse lesiones, incapacidades, invalidez y muerte.

4.2.4 Urgencias

Dadas las características generales de la población de Manizales, el marco sociocultural de la ciudad y sabiendo que un alto porcentaje de la población está entre 15 y 44 años, y otro porcentaje no depreciable se encuentra entre el grupo de los menores de 6 años,

encontramos que el volumen de consulta de urgencias que generan estos dos grupos etáreos, a nivel del Hospital Universitario de Caldas e Infantil, es creciente en lo que atañe a patologías específicas, complicaciones, secuelas y costos sociales que genera el volumen de heridas por arma cortopunzante, lo cual se incrementa a partir del cuarto trimestre, algunas veces asociado a ingesta de alcohol o consumo de drogas, o problemas que tienen que ver con la seguridad ciudadana (atracos, hurto, etc.)

El trauma y fracturas asociado a accidentes de tránsito, alcohol, accidentes de trabajo o deportivos y en el hogar, se ha incrementado a expensas de traumas y fracturas en miembros superiores, inferiores, cadera y craneoencefálicos, con mayor frecuencia en el sexo masculino y en edades entre 2 y 6 años.

El aumento de hemorragias gastrointestinales llama la atención, además de otros problemas del aparato gastrointestinal, que son sujeto de manejo quirúrgico. Es de anotar el incremento en la incidencia de hemorragias alveolares, además de las intoxicaciones que también presentan un incremento, seguido de más preponderancia por droga, alcohol y alimentos.

Los intentos de suicidio, sobre todo en personas jóvenes, también tienden a crecer, habiéndose incrementado su incidencia para el año de 1986.

En el Hospital Infantil, la mayor consulta de urgencias está dada

a los dos años de edad, predominando el sexo masculino y como sitio de procedencia la zona urbana, en un 91%

En segundo lugar, las diarreas que se presentan en un porcentaje muy alto, 79% en menores de 2 años, lo que coincide con las primeras causas de morbilidad a nivel de consulta externa, 1981-1982

- Neumopatías :

Su mayor frecuencia se presenta en menores de 2 años, en el sexo masculino, con un 53%. Tiene correspondencia también con los registros de consulta externa (1981-1982) en los cuales las neumopatías están entre los cinco primeros lugares.

- Estados virales :

Es más frecuente en menores de 2 años y en el sexo femenino.

- Rinofaringoamigdalitis :

Su mayor frecuencia se encuentra en el grupo etáreo de 2 a 6 años y en el sexo masculino. En el Hospital Infantil, la consulta en los servicios de urgencias ha sido sensiblemente igual (18.000, más o menos 1.000 consultas al año) en los últimos cinco años, en contraposición con la del Hospital Universitario de Caldas que presenta un moderado crecimiento.

4.2.5 Morbilidad según egreso hospitalario

Las primeras causas de egresos, tanto para clínicas privadas como para las instituciones de orden estatal, son las siguientes :

- La primera causa de egreso para las clínicas particulares está constituida por la Psicosis lo que, probablemente, obedece al gran volumen de pacientes con esta patología que se manejan en la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, entidad ésta que se dedica al manejo exclusivo de patología psiquiátrica.
- Las primeras causas de egreso, al igual que las de consulta, reflejan ~~ta~~ ~~tendencia~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~comunidad~~ a considerar el Hospital General Santa Sofía como Hospital de vías respiratorias, concentrándose allí el mayor número de patología cardiopulmonar.
- Según egreso en el Hospital Infantil, al igual que como causa de consulta, aparece como primera causa la enfermedad diarreica, reflejando ésto, probablemente, el estado de deshidratación avanzado en que llegan los pacientes a la consulta requiriendo hospitalización.
- No obstante las campañas adelantadas por las entidades de salud, aparecen las quemaduras ocupando el sexto lugar.
- Es de anotar que la patología derivada de las malformaciones

congénitas ocupa el décimo lugar como causa de consulta y el tercer lugar como causa de egreso, en la misma institución.

4.2.5.1 Morbilidad : Hospital Universitario de Caldas

Es importante ver a nivel ginecobstétrico el volumen por consulta y egresos que, a lo largo de más o menos 10 años, se ha sostenido ocupando las primeras causas de egreso hospitalario, explicado lo anterior por ser el Hospital centro de referencia para el manejo de entidades ginecobstétricas de alto riesgo. Es importante llamar la atención sobre la incidencia detectada por la Sección Materno Infantil del Servicio de Salud, en mujeres en edad fértil, en lo referente a complicaciones del embarazo, parto y puerperio para los años 1981 a 1985.

Se hace la anotación que las fracturas de miembros ocupan el quinto lugar según causas de egreso, para el Hospital Universitario y el Infantil, lo que se relaciona con la gran accidentabilidad para niños y adultos, cuya gravedad amerita tratamiento hospitalario.

Se nota el incremento de patologías a nivel respiratorio, tanto en adultos como en niños, reflejado en el volumen de consulta y egresos.

En el noveno lugar encontramos las enfermedades del aparato diges-

tivo, obedeciendo ésto, probablemente, a las hemorragias del tracto digestivo que ocupan lugar preponderante en la consulta hospitalaria a nivel del servicio de urgencias y que requieren hospitalización para su manejo. Además, se incluye dentro de este rubro el manejo quirúrgico de la úlcera péptica, el carcinoma gástrico y la patología de intestino grueso y delgado y de vías biliares.

Las enfermedades de órganos genitales tienen su mayor prevalencia en los grupos mayores de 45 años, en las mujeres, y por encima de los 55 años en hombres, ocupando el tercer lugar como motivo de consulta, tanto a nivel periférico como hospitalario, requiriendo hospitalización una gran parte de estas patologías.

4.2.5.2 Morbilidad : Consolidado de Consulta Externa

En 1983, las laceraciones, heridas y traumas que aportan el Hospital Universitario y el Hospital Infantil hacen de éstas, la primera causa de consulta para la ciudad de Manizales, seguida por las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Las enfermedades respiratorias agudas ocupan el tercer lugar y las enfermedades de órganos genitales y aparato urinario, el cuarto y quinto lugar respectivamente. Las enteritis, diarreas y otras helmintiasis ocupan el séptimo y octavo lugar, viéndose desplazadas por las enfermedades del ojo y sus anexos que ocupan el sexto lugar dentro del consolidado

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
 EN TODAS LAS EDADES
 CENTRO PILOTO 1985

CODIGO	CAUSAS				
		Nº ORDEN	CASOS	TASA	%
127	OTRAS ENFERMEDADES ORGANOS GENITALES	1	2.407	29.1	6.4
103	I. R. A.	2	2.266	27.4	6.1
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	3	1.994	24.1	5.3
47	OTRAS HELMINTIASIS	4	1.628	19.7	4.4
90	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	5	1.363	16.5	3.6
122	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	6	1.216	14.7	3.3
4	AMIBIASIS	7	846	10.2	2.3
94	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	8	830	10.0	2.2
31	OTRAS VIROSIS	9	636	7.7	1.7
110	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	10	602	7.3	1.6
—	TOTAL CONSULTA	—	37.311	451.1	100

= 36.9%

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
EN TODAS LAS EDADES
CENTRO DE SALUD LA ASUNCION 1985

CODIGO	CAUSAS				
		No ORDEN	CASOS	TASA	%
127	OTRAS ENFERMEDADES ORGANOS GENITALES	1	552		7.0
103	I. R. A.	2	516		6.6
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	3	452		5.7
48	DEMÁS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4	306		3.9
122	OTRAS ENFERMEDADES APARATO URINARIO	5	296		3.8
6	E. D. A.	6	233		3.0
90	ENFERMEDADES DEL OJO Y ANEXOS	7	216		2.7
118	OTRAS ENFERMEDADES APARATO DIGESTIVO	8	159		2.0
108	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	9	158		2.0
43	MONILIASIS, CANDIDIASIS, TRICOMONIASIS APARATO GENITOURINARIO	10	155		2.0
-	TOTAL CONSULTAS	-	7.859		100.0

* 38.7

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
EN TODAS LAS EDADES
PUESTO DE SALUD EL TABLAZO 1985

CODIGO	C A U S A S				
		No ORDEN	CASOS	TASA	%
127	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS GENITALES	1	112		8.6
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	2	106		8.1
103	I. R. A.	3	82		6.3
47	OTRAS HELMINTIASIS	4	61		4.7
94	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	5	45		3.4
122	OTRAS ENFERMEDADES APARATO URINARIO	6	42		3.2
90	ENFERMEDADES DEL OJO Y ANEXAS	7	39		3.0
108	BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	8	33		2.5
137	ARTRITIS	9	33		2.5
140	OTRAS ENFERMEDADES SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO	10	32		2.4
-	TOTAL CONSULTA	-	1.304		100.0

= 44.7

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
 EN TODAS LAS EDADES
 PUESTO DE SALUD LA GARRUCHA 1985

CODIGO	C A U S A S				
		No ORDEN	CASOS	T A S A	%
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	1	121		9.0
75	ANEMIAS	2	87		6.4
127	OTRAS ENFERMEDADES ORGANOS GENITALES	3	80		5.9
103	I. R. A.	4	73		5.4
94	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	5	69		5.1
122	OTRAS ENFERMEDADES APARATO URINARIO	6	67		5.0
47	OTRAS HELMINTIASIS	7	54		4.0
73	DESNUTRICION	8	29		2.1
137	ARTRITIS	9	26		1.9
48	DEMÁS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	10	24		1.8
-	TOTAL CONSULTA	-	1,349		100.0

= 46.6

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS
10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MEDICA
EN TODAS LAS EDADES
CENTRO DE SALUD LA CABAÑA 1985

CODIGO	C A U S A S				
		No. ORDEN	CASOS	TASA	%
127	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS GENITALES	1	345		14.0
136	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	2	263		10.7
103	I . R . A	3	183		7.4
31	OTRAS VIROSIS	4	120		4.9
47	OTRAS HELMINTIASIS	5	114		4.6
118	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	6	84		3.4
122	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	7	75		3.0
43	MONILIASIS, CANDIDIASIS, TRICOMONIASIS DEL APARATO GENITOURINARIO	8	58		2.4
140	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJI. CONJUNTO	9	58		2.4
90	ENFERMEDADES DE OJO Y SUS ANEXOS	10	56		2.3
	TOTAL CONSULTA	—	2.459		100

= 55.1

CONSULTA MEDICA MUJERES EN EDAD FERTIL

ESPECIFICA POR 1000 HABTS. - MANIZALES 1981 A 1985

	1981		1982		1983		1984		1985	
	CASOS NUEVOS	TASA	CASOS NUEVOS	TASA	CASOS NUEVOS	TASA	CASOS NUEVOS	TASA	CASOS NUEVOS	TASA
384	6.6	409	7.0	404	5.5	306	4.0	291	3.8	
982	16.8	843	14.3	972	13.2	776	10.2	724	9.4	
93	1.8	146	2.5	205	2.8	163	2.2	146	1.9	
1	0.02	4	0.1					5	0.04	
36	0.6	70	1.2	79	1.1	88	1.2	78	1.0	
16	0.3	23	0.4	14	0.2	14	0.2	13	0.2	
62	1.1	77	1.3	66	0.9	61	0.8	56	0.7	

AD FERTIL

EMBARAZO MULTIPLE	4	0.9	3	0.2	3	0.2
SIN DATO O ANTECEDENTE	411	92.9	1.207	95.9	1.215	95.7
TOTAL	442	100.0	1.260	100.0	1.270	100.0

**ANTECEDENTES Y PATOLOGIAS PRESENTADAS SEGUN
CLASIFICACION DE RIESGO MATERNO FETAL E INDICE
DE RIESGO REPRODUCTIVO - MANIZALES 1983 A 1985**

- EDAD GESTACIONAL EN LA PRIMERA CONSULTA

SEMANAS DE GESTACION \ AÑO CASOS	1983		1984		1985	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMER TRIMESTRE	84	19.1	310	24.6	266	20.9
SEGUNDO TRIMESTRE	132	29.9	426	33.8	435	34.2
TERCER TRIMESTRE	88	19.9	233	18.5	208	16.4
SIN DATO	137	31.1	291	23.1	361	28.5
TOTAL	441	100.0	1.260	100.0	1.270	100.0

- TERMINACION DEL EMBARAZO ANTERIOR

TERMINACION DEL EMBARAZO ANT. \ AÑO CASOS	1983		1984		1985	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ABORTO	51	11.4	103	8.2	110	8.7
MORTINATO	11	2.5	12	0.9	8	0.6
MUERTE MENOR DE 8 DIAS	3	0.7	10	0.8	4	0.3
CESAREA	19	4.3	50	4.0	32	2.5
SIN DATO O ANTECEDENTE	362	81.1	1.086	86.1	1.116	87.9
TOTAL	446	100.0	1.261	100.0	1.230	100.0

- HALLAZGOS DEL EMBARAZO ACTUAL

HALLAZGOS DEL EMBARAZO ACTUAL \ AÑO CASOS	1983		1984		1985	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PELVIS ANOMALA	16	3.6	25	2.0	23	1.8
PRESENTACION DISTOCICA	6	1.4	14	1.1	25	2.0
POLHIDROMIOS SIN EMBARAZO MULTIPLE			5	0.4		
HEMORRAGIA 2º MITAD	2	0.5	3	0.2		
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	3	0.7	3	0.2	4	0.3

- INDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO

ANTECEDENTES PRESENTADOS POR LAS PLANIFICANTES CLASIFICADAS

AÑO CASOS		1983		1984		1985	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
ABORTO	1 ó 2	32	11.4	110	14.2	125	13.0
	3 ó MAS	2	0.7	7	0.9	6	0.6
CESAREA	1 ó 2	17	6.1	46	5.9	73	7.6
	3 ó MAS	2	0.7	1	0.1	2	0.2
MORTINATO	1 ó 2	4	1.4	17	2.2	13	1.4
	3 ó MAS						
PREMATURO	1 ó 2	9	3.2	14	1.8	17	1.8
	3 ó MAS						
HIPERTENSION		8	2.9	12	1.6	10	1.0
TOXEMIA		6	2.1	10	1.3	14	1.4
CARDIOPATIA		1	0.4	2	0.3	2	0.2
OTRA PATOLOGIA		8	2.9	13	1.7	8	0.5
SIN DATO O ANTECEDENTE		191	68.2	543	70.0	698	72.3
TOTAL		280	100.0	775	100.0	965	100.0

- PATOLOGIA ACTUAL DE PLANIFICANTES

AÑO		1983		1984		1985	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
PATOLOGIA ACTUAL							

- PATOLOGIA PRESENTADA EN LA 1ª CONSULTA PRENATAL

PATOLOGIA \ AÑO CASOS	1983		1984		1985	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INFECCION URINARIA	23	5.2	59	4.6	67	5.2
TOXEMIA	1	0.2	2	0.2		
ANEMIA	4	0.9	35	2.7	37	2.9
SIFILIS	5	1.1	7	0.6	6	0.5
OTRA PATOLOGIA	13	2.9	44	3.5	40	3.1
SIN DATO O ANTECEDENTE	398	89.7	1.125	88.4	1.140	88.3
T O T A L	444	100.0	1.272	100.0	1.290	100.0

- PATOLOGIA PRESENTADA EN EL 8º MES DE EMBARAZO

PATOLOGIA \ AÑO CASOS	1983		1984		1985	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
INFECCION URINARIA	3	0.7	15	1.2	13	1.0
TOXEMIA	1	0.2	3	0.2		
ANEMIA	2	0.5	12	0.9	7	0.6
SIFILIS			1	0.1	1	0.1
OTRA PATOLOGIA	7	1.6	39	3.1	16	1.3
SIN DATO O ANTECEDENTE	428	97.0	1.193	94.5	1.233	97.0
T O T A L	441	100.0	1.263	100.0	1.270	100.0

- PARTOS ATENDIDOS EN MANIZALES Y PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CON CLASIFICACION DE RIESGO

AÑO	1983	1984	1985
PARTOS ATENDIDOS TOTAL MANIZALES	3.598	3.697	3.558

4.2.5.3 Morbilidad : Total General - Manizales - 1983

Se nota como la enteritis y enfermedades diarreicas ocupan el primer lugar, seguido por fracturas de los miembros. El parto y sus complicaciones, además del aborto, ocupan el 6º y 7º lugar.

4.2.6 Salud Oral

Aunque en varios Periféricos se cuenta con unidades odontológicas completas, no se tienen las horas Odontólogo necesarias para la demanda que se genera en las áreas de influencia. Igualmente, encontramos mínimas acciones preventivas en lo que a salud oral se refiere, exceptuando la fluorización del acueducto, lo que deja entrever el desolado panorama que existe en el área odontológica de la ciudad.

La oferta odontológica es baja en cobertura y baja en calidad, respecto a lo que se ofrece. Hay mala calidad en la atención con relación a su frecuencia, lo que se refleja en los pocos tratamientos odontológicos que se tramitan.

La participación de consulta odontológica en el ingreso financiero de los Centros Periféricos, y su crecimiento, son muy poco significativos por ser un servicio muy limitado.

Dentro de los problemas de salud oral, los recursos humanos y técni-

cos, cualitativa y cuantitativamente son insuficientes. Más específicamente, está limitado y es casi inexistente el servicio odontológico para la población periférica con escaso poder adquisitivo. El tipo de atención está limitado a urgencias y poco a prevención y recuperación.

4.2.7 Salud Mental

Los problemas sobre salud mental, en general, muestran una tendencia al aumento debido a factores como :

- Urbanización creciente, teniendo en cuenta que el crecimiento se hace más acelerado a nivel de zonas periféricas y marginales
- Problemas ligados al proceso de desarrollo económico y desajuste social
- La elevación de la expectativa de vida
- Marginalidad creciente en grandes núcleos de población
- Rápido impacto de las comunicaciones que introducen cambios de comportamiento en grupos de población joven

- Deficiente satisfacción de las necesidades básicas de salud y bienestar biológico, psicosocial, educativo y ocupacional
- Alteraciones en el proceso de nutrición, desarrollo psicomotor y alteraciones genéticas

Debido al sensible aumento de la demanda de servicios médicos por patologías mentales, tanto en los servicios de urgencias como en los de consultas externas, se percibe la gravedad del problema y la insuficiencia de los recursos para atenderlas satisfactoriamente.

Es un hecho ampliamente conocido que la enfermedad mental ha ido aumentando significativamente a la par del desarrollo socioeconómico. Con relación al año 1982 y 1983, los egresos hospitalarios dieron como pauta respecto a la morbilidad mental : Psicosis (77) y trastornos neuróticos (78).

De igual forma, se ha ido incrementando en los últimos cinco años la dependencia del alcohol y las drogas, demanda de servicios que es atendida a nivel de Consulta externa, urgencias y hospitalización.

Con referencia a las enfermedades mentales, el grupo etáreo más afectado es el de los 15 a 44 años, con aumento apreciable en la incidencia y prevalencia de enfermedad mental en la mujer y se empieza a incrementar con fuerza en el grupo de 65 y más años.

La juventud y la adolescencia se caracterizan por alteraciones de la conducta, propias de las dificultades de adaptación social que se traslucen principalmente en depresión, alcoholismo, adicción a las drogas y actos delictivos.

Es importante destacar un notorio uso, cada vez mayor, de la pasta de coca (basuko), el cual constituye un problema médico, social y económico de primer orden.

El inicio en el consumo de bebidas alcohólicas ocupa edades cada vez más tempranas, Igualmente, se acrecienta el uso de dichas bebidas y de las drogas en el sexo femenino.

Al fenómeno expansivo ~~del consumo~~ de drogas contribuyen factores como relajación de tradiciones sociales, propaganda en favor de las drogas, la fácil disponibilidad y la presencia de un grupo de drogadictos en la comunidad, la falla en los sistemas educativos y la alta tasa - en crecimiento - del desempleo.

En estudios de prevalencia en farmacodependencia, en población estudiantil de cuarto, quinto y sexto de bachillerato en la ciudad de Manizales (1981) se encontró que el 26.6 x 1.000 de la población encuestada era farmacodependiente. Los hombres consumen con mayor frecuencia marihuana y las mujeres tranquilizantes.

Las drogas que se recetan médicamente para inducir al sueño, el

descanso y el alivio de la tensión o la ansiedad, son usadas indebidamente.

Es importante tener en cuenta el ritmo creciente que presentan los intentos de suicidio : la frecuencia mayor, por grupos de edad, es de 15 a 24 años, seguido por el grupo de edad de 25 a 29 años, habiendo presentado este grupo el mayor porcentaje de varios intentos realizados con : tóxicos (76.8%), drogas (18.4%) y armas (4.8%).

Se hace necesario tener en cuenta el factor nutricional como factor generador de problemas mentales, ya que la malnutrición frena el desarrollo mental, alterando el desarrollo psicomotor; igualmente, el mal manejo y poco control del binomio madre - hijo es base de trastornos mentales.

4.2.8- Mortalidad

La tasa de mortalidad general para 1985, en la ciudad, fue de 6.5 por mil habitantes. Estableciendo una comparación entre 1974 y 1982, el mal diligenciamiento de los certificados de defunción, por parte de los médicos, mantiene desde hace 10 años el rubro de signos, síntomas y estados morbosos mal definidos en primer lugar, lo que dificulta el análisis de la mortalidad y le resta credibilidad al informe diligenciado por el personal médico.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CALDAS

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD

EN TODAS LAS EDADES

MANIZALES 1985

CODIGO	CAUSAS	TODAS LAS EDADES			
		No. Orden	Casos	Tasa x mil	%
95	Infarto Agudo Miocardio	1	183	0.61	9.4
97	Otras Enfermedades del Corazón Y la circulación pulmonar	2	165	0.55	8.4
98	Enfermedades Cerebrovasculares	3	138	0.46	7.1
160	Traumatismo Intracraneal excepto lo asociado con fractura craneo	4	90	0.30	4.6
110	Otros cuidados del Aparato Respiratorio	6	69	0.23	3.6
63	Tumor maligno de otras locali- zaciones y de las no especificas	5	72	0.24	3.7
106	Neumonias	7	66	0.22	3.4
161	Traumatismos Internos del Torax Abdomen, Pelvis	8	59	0.20	3.0
99	Arteriosclerosis	9	56	0.19	2.9
96	Enfermedades isquemicas del Co- razón.	10	55	0.18	2.8
	Total Casos		1.40	6.48	100

4.90%

Para 1985 en lo referente a mortalidad, en todos los grupos de edad, el infarto agudo del miocardio ocupa el primer lugar. La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, arteriosclerosis y enfermedades cerebrovasculares, se está incrementando.

Las laceraciones y heridas que, en el año 1974, ocupaban el octavo lugar, vienen ganando puestos para el año de 1982, ocupando el séptimo lugar. Estas inciden, especialmente, en el grupo de 15 a 44 años que conforma la población económicamente activa de la ciudad de Manizales, lo que constituye un problema no solo de orden médico, sino social y económico, con una tasa de mortalidad de 2.6 muertes por 10.000 habitantes. Lo anterior obedece al incremento, cada vez mayor, del porcentaje de población en la zona urbana; se hace insuficiente la red de transporte de la ciudad para el volumen de tráfico, consecuencia de una indebida planificación, dando como resultado un aumento en el riesgo de accidentes y un incremento real de los accidentes en la ciudad de Manizales, generando lesiones, incapacidad, invalidez y muerte, con sus implicaciones a nivel médico, social y económico.

El aumento del parque automotor y el incremento de pasajeros en el área urbana, ~~juegan un papel~~ importante en términos de riesgo.

En los reportes presentados en los servicios de urgencias, que funcionan en la ciudad, se presenta con más frecuencia traumas encefalocraneanos, de tórax, trauma de extremidades y politraumatizados,

siendo el grupo de edad más afectado el de 15 a 44 años.

Igualmente, desde hace cuatro años vienen consolidándose como causa importante de mortalidad, las enfermedades crónicas y degenerativas del adulto, representadas por enfermedades del corazón (grupo etéreo por encima de 59 años, con una tasa de 4.4 x 10.000 hbs.) y cerebrovasculares (mayores de 59 años, con una tasa de 5.6 x 10.000 hbs.)

La enfermedad hipertensiva, que no aparecía en 1974, la encontramos para 1982 en el octavo lugar, afectando primordialmente el grupo de 59 años y más, con una tasa de 2.3 por 10.000 habitantes.

Aún persiste una relación directa entre los índices altos de mortalidad infantil en menores de 4 años e índices por enfermedad diarreica aguda, donde se ve una relación inversa entre el nivel socioeconómico, cultural e higiénico y la frecuencia de dicha patología.

Por último se observa como las enfermedades que atacan los dos extremos de la vida (enfermedad diarreica aguda -menores de 4 años- y enfermedades cerebro vasculares -mayores de 59 años-) se presentan como un grave problema de salud pública, no habiendo sido posible el adecuado control, dada la persistencia de la enfermedad diarreica, como importante causa de mortalidad y la aparición y consolidación de las enfermedades crónicas. Se hace necesario replantear el enfoque preventivo de rehabilitación para los grupos etéreos extremos comprometidos. Además, se complica el panorama por el

incremento constante de la accidentabilidad que gravita en el grupo de edad de 15 a 44 años, población económicamente activa.

4.2.9 Atención al Medio Ambiente

Comprende la acción de todos los recursos destinados a mantener el equilibrio del ecosistema, protegiéndolo de daños y riesgos. En la ciudad de Manizales está nucleado en la División de Saneamiento Ambiental del Servicio de Salud de Caldas, operado a través del Centro Piloto lo cual, en ocasiones, plantea problemas de funcionamiento.

El adelanto alcanzado en la provisión de alcantarillado ha sido mucho menor que el alcanzado en aguas, especialmente en las zonas marginales. En la actualidad, más del 75% de las viviendas de la zona marginal carecen de uno o más servicios y en las nuevas áreas de asentamiento se ha calculado que el tiempo mínimo que emplea el estado en llenar necesidades relacionadas con servicios públicos y/o saneamiento ambiental, es de dos años.

Los problemas de saneamiento ambiental que tiene Manizales se ven agravados por la mala adecuación y degradación del suelo (erosión) y la relativa falta de zonas verdes.

El desordenado proceso de urbanización, las dificultades geográficas

y topográficas, impiden la rápida accesibilidad a los servicios básicos de saneamiento. La alteración y deterioro forestal, la falta de zonas verdes y la creciente contaminación de agua por el vertimiento de desechos no depurados o neutralizados en el flujo de aguas servidas, provenientes de barrios periféricos o ríos y quebradas que cruzan a Manizales, están contribuyendo de una manera acelerada a alterar el ecosistema de la ciudad.

Es importante anotar dos fenómenos que van en aumento dentro del perímetro urbano de la ciudad: el primero, constituido por la contaminación proveniente de vehículos automotores con la emisión de monóxido de carbono y óxido de nitrógeno, a través de los tubos de escape y, en segundo lugar, la contaminación por ruido.

La región industrial de Juanchito es el área de la ciudad que podría generar la mayor cantidad de problemas con relación a saneamiento ambiental, en un futuro, por la capacidad que se haya en esta zona para generar elementos contaminantes y además, de los requerimientos de grandes cantidades de agua.

4.2.9.1 Contaminación Ambiental

Fuera de la contaminación en la Quebrada Manizales, a la cual vierten todos los alcantarillados de las empresas ubicadas a lo largo de su caudal y los desechos industriales sobrantes de cada uno de los

procesos como: desechos orgánicos, azufre, cemento, asbesto, combustibles, aceites, anilinas, ácidos, detergentes, basuras, etc.

La gran mayoría de las empresas en esta área de Juanchito contaminan el medio ambiente con sustancias químicas.

También se afronta el problema del mal manejo de las basuras, el cual se ve multiplicado por las viviendas que crean botaderos a campo abierto, ocasionando un problema más como es la proliferación de artrópodos y roedores.

El botadero de basura municipal cerca del río Olivares, al que llegan la mayoría de las basuras de la ciudad y un alto porcentaje de las aguas negras del área urbana, es una fuente de contaminación que afecta a todos los habitantes del sector, tanto por los olores que de allí se desprenden, como por los insectos y roedores que en el sector proliferan, poniendo en peligro la salud de las personas.

Se presentan también problemas ambientales de humos, cenizas, malos olores, siendo importante destacar la contaminación de la Quebrada Minitas por los desechos orgánicos que arroja el matadero municipal. Esta quebrada recorre el sector nor-oriental de la ciudad, antes de desembocar al río Olivares.

Es importante destacar que en los sectores marginales se presentan con mayor énfasis los problemas relacionados con basuras, acueducto y alcantarillado.

4.2.9.2 Servicios Públicos

Aunque los servicios públicos de la ciudad de Manizales figuran entre los mejores de las ciudades mayores de 100.000 habitantes, es importante resaltar el deterioro parcial que viene sufriendo la ciudad por la creciente y desorganizada urbanización, además de la insuficiente financiación de estos servicios para su mantenimiento y ampliación de coberturas. El abastecimiento de agua a la población sigue siendo el aspecto de saneamiento ambiental que recibe la más alta prioridad.

4.2.9.3 Acueducto

El número de suscriptores, a nivel de residencias, se ha aumentado de 1977 a 1980 en un 9% aproximadamente, y el consumo en metros cúbicos pasa de 11.028 m³ por residencia, en 1977, a 13.267 m³, en 1980, guardando proporción similar a nivel comercial e industrial.

Según cifras del DANE, basadas en el censo de 1985, el número de individuo promedio por vivienda es de 4.62. Se detectaron 60.000 viviendas, encontrándose que el 89.6% de estas contaban con todos los servicios.

4.2.9.4 Alcantarillado

La extensión de la red de alcantarillado pasa de 338.658 m, en 1978 a 360.512 en 1980. Así mismo, el número de suscriptores de alcantarillado pasó de 22.446 en 1975 a 31.032 en 1980.

4.2.9.5 Control de Alimentos

Ante la proliferación de ventas y expendios, se hace cada vez más difícil el control y seguimiento de los alimentos. En general, el control de expendios autorizados y que cumplen con las exigencias mínimas, la elaboración, manipulación y ventas, es aceptable.

Los locales de sacrificio de ganado tienen una inspección adecuada; sin embargo, la contaminación por olores es queja frecuente de la comunidad circundante.

Las plantas pasteurizadoras tienen adecuada inspección.

Se estima que las pérdidas de alimentos por mal manejo, transporte inadecuada y almacenamiento, son grandes, pero de difícil cuantificación.

Los serios problemas de salud creados por las actuales deficiencias en lo referente a saneamiento ambiental de zonas deprimidas, resultan evidentes, analizando la morbilidad especialmente en preescolares

4.3 PLAN INTEGRAL DE DESARROLLO URBANO DE MANIZALES

Teniendo como fuente el Plan Integral de Desarrollo Urbano de Manizales (PIDUM) se dará una descripción de él, en lo concerniente a Salud, Educación y Bienestar Social.

El PIDUM tiene como objetivo principal : "El mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Manizales y su posible área metropolitana, mediante un adecuado ordenamiento urbano y una eficiente prestación de servicios públicos y sociales utilizando en forma óptima los recursos públicos y privados por medio de un proceso de planeación permanente y continuado."

4.3.1 Metas y Objetivos propuestos por el PIDUM

Las metas y objetivos de alcance socioeconómico propuestos por el PIDUM son los siguientes :

- Aumento de los niveles de vida de la población
- Disminuir la proporción de pobres absolutos, mejorando la calidad de la vida o aumentando la satisfacción de necesidades, o facilitando el acceso a bienes y servicios. Ahora bien, el aumento de los niveles de vida de la población implica, entros otras, adelantar acciones que operan en el marco de

los ambientes en que se desenvuelve una comunidad, acciones relacionadas con el manejo de las estructuras espaciales y el territorio, la vivienda, los servicios, la preservación del patrimonio histórico - ambiental y otras que se inscriben dentro del alcance determinado por las políticas socioeconómicas

Uno de los principales factores que han inhibido la capacidad de desarrollo de la ciudad es su escasa y débil articulación con la región socioeconómica y la existencia de un sistema urbano que no ha alcanzado su configuración definitiva, presentando rasgos deficitarios en sus infraestructuras sociales y de comunicaciones o la existencia de recursos y potencialidades no adecuadamente explotados.

- Cambiar el enfoque actual de la ciudad, por el territorio y dar a las acciones un carácter global e integrado de alcance metropolitano.

Para este logro será necesario realizar acciones de carácter metropolitano que contribuyan a la integración regional y a la configuración del sistema urbano de la zona. Las políticas que apuntan a este objetivo son :

- Integrar convenientemente servicios e infraestructuras a nivel metropolitano

- Mejorar la articulación de la ciudad y su región con importantes flujos nacionales
 - Descentralizar y acercar servicios y bienes a las áreas rurales
 - Incrementar los servicios de apoyo a la población y a las necesidades de la producción
 - Localizar, ampliar o adecuar los servicios colectivos para ampliar su cobertura a nivel metropolitano
- Reestructurar la ciudad en sus actividades y relaciones
 - Promover la distribución flexible de actividades y funciones mediante la descentralización ordenada de flujos y actividades especialmente relacionadas con el trabajo y los servicios
 - Acercar la vivienda a los servicios y el trabajo
 - Incrementar la creación de áreas de uso mixto residencial
 - Mejorar, en general, las condiciones de accesibilidad a los sitios de trabajo y servicios e incrementar las relaciones de manera prioritaria entre sectores residenciales

- Crear hechos urbanos en las áreas deprimidas o degradadas a efecto de promover su recuperación física y social
 - Puesta en marcha de un plan de construcción de centros múltiples de servicios, comercio y equipamientos _____
 - Puesta en marcha del Plan de sectorización urbana y la constitución de las juntas administradoras locales
 - Terminar la construcción y recuperar espacios públicos, áreas libres y otros aún inconclusos y abandonados
-

4.3.2 Salud y Asistencia Social

Uno de los factores directamente relacionados con la calidad de la vida de la población lo constituye el estado de salud de los habitantes el cual, a su vez, está directamente relacionado con factores socioeconómicos y físico - ambientales los que de manera interactuante condicionan los distintos niveles de salud.

Sobresalen la desnutrición de la población infantil y las enfermedades derivadas: retardo mental, malformaciones, etc., que limitan la posibilidad de integración de los individuos a la sociedad con un fin útil. Se observa, igualmente, la recurrencia de enfermedades bronco-pulmonares y stress físico y mental y otras patologías rela-

C.

cionadas con el medio ambiente. Ello sugiere realizar transformaciones físico - ambientales que se traduzcan en un mejor bienestar de la población, en especial las relacionadas con la salubridad y estabilidad de las viviendas y su acceso a los servicios complementarios, incluida la atención médica en sus distintas modalidades.

En materia de atención, la ciudad de Manizales presenta un panorama satisfactorio; sin embargo, la dinámica expansión urbana, los crónicos déficits presupuestarios y otras causas comienzan a insinuar desajustes notables que se expresan en déficits de cobertura en las áreas de reciente urbanización y presión de demanda en los centros hospitalarios (Hospital Universitario e Infantil predominantemente) lo que señala niveles de déficits especialmente en el rango de atención intermedia.

A efecto de planear un sistema integrado de salud que procure extender sus acciones a la mayoría de la población, debe tenerse en cuenta la existencia de tres sub-sistemas que coexisten en la actualidad (pública - mixta - privada), a efecto de racionalizar recursos impidiendo la duplicidad de los mismos. Es por ello que el sistema de salud pública deberá dirigir su atención de manera prioritaria a aquellas franjas o estratos que no alcanzan a ser atendidos por los otros sistemas.

A continuación propondremos las siguientes políticas para promover el mejoramiento de la salud de la población :

- Promover acciones integrales para el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y físico-espaciales de la población y la ciudad, prioritariamente relacionadas con el mejoramiento nutricional, la calidad de la vivienda y el medio ambiente.
- Coordinar acciones mediante el sistema integrado de salud a efecto de racionalizar la prestación del servicio
- Promover y ampliar la acción de la medicina preventiva
- Reestructurar el sistema periférico y ampliar la cobertura de los niveles intermedios de atención
- Incrementar el servicio asistencial social, en especial de la niñez y los ancianos

4.3.3 Educación

La educación es un servicio mediante el cual la población se vincula de manera útil a la sociedad y le permite desarrollar al individuo sus capacidades y potencialidades.

En la ciudad se observa que factores ajenos a la educación, como las condiciones socioeconómicas de los padres, el desempleo, bajos ingresos, etc., inciden en la restricción al derecho a este servicio que tiene la población, registrado en las altas tasas de deserción escolar, observadas desde la primaria por ejemplo.

Por otro lado, algunos procesos sociales y demográficos que pueden ser asimilados mediante un flexible sistema educativo que se adapte a su dinámica, no han encontrado de manera efectiva una respuesta ágil y oportuna. Destacamos la influencia de los cambios en la estructura de edades de la población donde se ha operado una drástica reducción de los grupos de edad más pequeños, mientras la mayor presión de demanda avanza hacia los niveles superiores. Igualmente, el carácter errático de las tasas de analfabetismo sugieren un comportamiento sui generis de la población frente a las campañas de alfabetización que no parecen adaptarse flexiblemente al fenómeno.

De igual manera, la existencia de modalidades, niveles y subsectores determinan la necesidad de relacionar el conjunto a efecto de que el Estado oriente sus acciones a las capas y estratos no atendidos.

Resulta natural que el sistema educativo no presente una fácil y flexible adaptación al medio manizalita, al observarse la alta centralización y concentración de decisiones a nivel nacional, evento que exige la presencia de una instancia que interprete y coordine acciones tomando en cuenta las peculiaridades locales.

Es así mismo necesario adoptar un enfoque global del fenómeno educativo, combinando sus aspectos cuantitativos (área, número de profesores, recursos, etc.) con sus aspectos cualitativos (la calidad de la educación impartida).

Resulta apropiado que el Municipio de Manizales coordine instancias (nacionales, departamentales y locales) a efecto de lograr una adecuada utilización de recursos y ampliar el servicio a un mayor número de población, para lo cual será necesaria la realización de acciones que conciernen entre otras a la localización y distribución de establecimientos, de manera que sea más fácil su acceso por parte de la población.

Cabe mencionar el fuerte impulso que la educación superior ha adquirido en la ciudad al tenor de favorables condiciones ambientales y de infraestructura. Sin embargo, es preciso ampliar las oportunidades y opciones a efecto de garantizar un mayor acceso a los estudiantes a estos niveles y previendo la presión de demanda que se avecina.

Las políticas del PIDUM para la Educación en Manizales son :

- Coordinar acciones para hacer más flexible la estructura del sistema educativo, tomando en cuenta las particularidades regionales y los cambios sociales y demográficos de la población

- Racionalizar la existencia de recursos e instalaciones, en especial de la educación primaria y secundaria en la ciudad, a efecto de optimizar las instalaciones existentes
- Orientar con mayor énfasis la expansión del servicio en las áreas periféricas de la ciudad y a los estratos y capas que no alcanzan a incorporarse a los establecimientos del sector privado.
- En materia de educación superior, diversificar los programas no solo a nivel de pregrado sino de postgrado e investigación, con la correspondiente ampliación de instalaciones y servicios complementarios.
- Mejoramiento en general de las infraestructuras, dotación y servicios complementarios del sistema escolar.

4.3.4 Cultura y Recreación

Los procesos de urbanización acelerada vividos por el país y la ciudad han implicado positivos logros en el avance del mejoramiento y promoción de la sociedad. Sin embargo, al lado de ello emergen problemas colaterales no convenientes cuya solución exige acciones urgentes. A este respecto, la utilización del tiempo se convierte en una apremiante necesidad no solo para la reproducción biológica

de la fuerza de trabajo, sino para eliminar síntomas patológicos como el stress y la inactividad, generados por el modo de vida.

Es así como la administración del ocio se convierte en un "tópico que requiere cada vez mayor atención, tanto más cuanto que la disposición del tiempo que dejan disponible para el ser humano sus actividades de trabajo o estudio, permiten tanto su expansión y el desarrollo de su potencialidad, como su degradación." (PIDUM, Alternativas para el Desarrollo, p.38). Es por ello que ha sido asumida la estrategia de impulso y apoyo a la cultura y la recreación popular como uno de los factores que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Manizales se ha destacado por sus valores culturales, realizando notables esfuerzos por mantenerlos, preservarlos y expandirlos, cada vez con mayores dificultades.

En cuanto a infraestructuras recreativas y culturales, se destaca del diagnóstico, el enorme déficit de parques y áreas verdes, a pesar de los esfuerzos realizados en épocas recientes por incrementar el área por habitante.

Es necesario reconsiderar el concepto que tradicionalmente se le ha asignado a la cultura y la recreación. Este servicio no es un lujo, es una necesidad y debe ser ampliado a la población tomando en cuenta los requerimientos por grupos de edad, tipo de actividad,

rasgos socioeconómicos y demás, que globalicen e integren las acciones en un conjunto armónico.

Para el logro de estos propósitos será necesaria la puesta en marcha de las políticas siguientes :

- Incremento de las áreas destinadas a la recreación popular así como de instalaciones deportivas y culturales
- Dotación a los barrios y sectores de la ciudad, de manera jerarquizada y según las necesidades de las distintas comunidades y los diferentes grupos de edad, de zonas verdes y recreativas.
- Aprovechamiento de los terrenos no aptos para edificar y de los recursos de la región en cuanto a variedad de climas y condiciones
- Implantación de políticas tendientes a la inducción a la comunidad para aprovechar su tiempo libre, acompañadas de programas de capacitación formación en el deporte y la cultura.

4.4 PLAN DE SALUD PARA MANIZALES - 1986 - 1990

Tomando como base los enunciados de la política nacional de salud y las directivas impartidas a través del Servicio Seccional de Salud de Caldas, se plantea el mejoramiento de la prestación de servicios de salud, a través de los siguientes programas que contemplan un proceso general y unas actividades a realizar y que están acordes con las estrategias y metas propuestas.

Los alcances de los programas tendrían como marco de referencia:

- Aumento de accesibilidad a los servicios con prioridad en zonas marginales y rurales
- Un equilibrio del modelo de salud a través de los sistemas de prestación de dichos servicios ubicados en términos de atención médica vrs. promoción y prevención, atención de grupos de riesgo y de su distribución de recursos según necesidades por programa.
- Se tendrá en cuenta también una mayor utilización del personal básico y un enfoque interdisciplinario de problemas y soluciones, una atención integral y continuada vertebrada a través de la vigilancia epidemiológica y una coordinación de todos los recursos existentes en salud para el desarrollo del programa y el feliz término de las metas.

4.4.1 Programas a implementar en Salud

Los programas a implementar en Salud se desarrollarán en las siguientes áreas :

- Programa de Salud Materno Infantil

Tendrá énfasis en los siguientes componentes :

- Vigilancia del embarazo, parto y puerperio
- Clasificación del riesgo
- Planificación familiar
- Detección oportuna del cáncer cervical
- Vigilancia y control de nutrición, crecimiento y desarrollo
- Prevención y control de enfermedades diarreicas y respiratorias

- Programa de Nutrición

Plantea el seguimiento y complementación alimentaria a los grupos de alto riesgo y la educación nutricional. Igualmente, las acciones de control y seguimiento nutricional a menores de 15 años.

- **Programas Médicos Especiales**

- Detección y control de enfermedades de transmisión sexual
- Detección y control de : diabetes, TBC y cáncer
- Prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles

- **Programa de Salud Oral**

- Mejoramiento y reforzamiento de la atención intra- institucional
- Salud oral preventiva

- **Programas específicos de Atención Médica integral al Niño**

- Control y prevención de enfermedades transmisibles
- Prevención y control de enfermedades diarreicas y respiratorias
- Prevención y control de parasitosis intestinal y de piel
- Control y prevención de fiebre reumática
- Ampliación de cobertura de las acciones de Bienestar Familiar
- Descentralización de los servicios de atención en Bienestar Familiar y proyectarlos a las zonas periféricas y a la población más desprotegida

- Atención Primaria en Salud

Desarrollo integral de los programas de atención primaria.

- Atención a Escolares y a Adolescentes

Evaluar y multiplicar experiencias de programas específicos para estos grupos, a través de una buena articulación y complementación de la atención que de continuidad a los logros del Programa de Crecimiento y Desarrollo y de enfermedades inmunoprevenibles, fortaleciendo la educación en salud y la promoción del aspecto cultural y las acciones de bienestar, como inversión social que prevenga patologías sociales y de salud.

- Programa de Salud Mental

- Programa contra la drogadicción
- Detección y control de epilepsia, trastornos de aprendizaje y retardo mental
- Programa de seguimiento a pacientes crónicos
- Detección y atención de patología mental prevalente

- Programa de Medicina del Trabajo

- Prevención y control de la accidentabilidad
- Detección y control de riesgos en salud ocupacional
- Implementación de programas en coordinación con el Seguro Social y el Servicio Seccional de Salud

- Programa de Urgencias

- Promover la atención de urgencias de pequeña y mediana magnitud a nivel de Periféricos e incrementar su atención según factibilidades y necesidad

- Programa de Investigación

Como medio para el desarrollo y perfeccionamiento de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, con miras al mejoramiento de la salud de la comunidad, se realizarán investigaciones a través de los contratos de integración docente - asistencial

- Programa de Medicamentos

- . Asegurar oportuna y adecuada provisión de medicamentos esenciales a bajo costo
- . Control de calidad, distribución y fijación de precios
- . Impulsar el fondo rotatorio de medicamentos esenciales y de necesario mantenimiento en problemas crónicos (problemas mentales, hipertensión, diabetes, epilepsia, etc.)
- . Control estricto de drogas que induzcan a la dependencia física o psíquica

- Programa de Atención a la tercera edad

Desarrollar programas que den continuidad e incrementen la atención, prevención y sistemas de asistencia social al anciano, haciendo énfasis en los grupos marginales y de mayor desprotección, dependiendo del grado de su integridad física, psicológica y social.

- Programa de Atención al Minusválido

Ampliar la cobertura de los programas de prevención, atención y rehabilitación del limitado sensomotor, desarrollando acciones educativas que le permitan reincorporarse laboral y socialmente en la medida de sus capacidades.

- Saneamiento Ambiental

Tiene como meta emprender y ejecutar acciones que sirvan como instrumento para instaurar y proteger los recursos naturales y el hábitat natural del hombre, y además propender por la educación en salud.

Serán sus áreas de acción :

- Provisión suficiente de agua en cantidad y calidad
- Disposición de excretas y aguas servidas
- Recolección, transporte y disposición final de basuras
- Control de artrópodos y roedores
- Calidad sanitaria de la vivienda
- Control de la contaminación ambiental que engloba lo relacionado con el suelo, el agua y el aire
- Control de alimentos
- Propender por el adecuado desarrollo del saneamiento básico rural y urbano

- Desigualdad de ingresos :

Las diferencias socioeconómicas determinan las posibilidades de acceso a la educación, los servicios adecuados de salud, las fuentes de trabajo y a la vivienda

- Educación :

Persisten desigualdades de educación que se reflejan en gran manera en zonas deprimidas. Además se acrecienta el ausentismo y deserción escolares por deterioro de la salud y la nutrición.

- Disponibilidad y consumo de alimentos :

Persiste la malnutrición, la disparidad en la distribución y consumo de alimentos, lo que da lugar a diferencias entre los grupos de población en cuanto al estado nutricional.

- Medio Físico :

La infraestructura al servicio de un medio físico adecuado viene deteriorada. Los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado no se han desarrollado al mismo ritmo que la población urbana, sobre todo en las áreas periféricas marginales.

aceptación o rechazo a acciones preventivas (problemas hídricos, inmunoprevenibles, accidentes, tumores, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción), mala calidad de la vivienda, falta de incremento en la educación sanitaria; además, baja disponibilidad alimentaria, difícil acceso a los servicios, deficiente disposición de excretas y basuras, escasa disponibilidad de agua potable, deficiencia de personal tanto en calidad como en cantidad. A todo lo anterior se agrega la dificultad para la vinculación y participación activa de la comunidad en el desarrollo de la salud (Plan de Salud 1984 - 1986 - Objetivos y estrategias - Servisalud Caldas, 1983)

Se hará referencia a los factores más relevantes.

- Condiciones socioeconómicas

Pobreza y pobreza absoluta, que tienen como elementos comunes la desigualdad de ingresos, la inflación, el desempleo, el subempleo y la tensión social.

- Empleo :

El aumento de la población urbana ha rebasado la capacidad del sector económico formal para proporcionar empleos; además la oferta de mano de obra no calificada no es abundante, especialmente para los marginados.

4.4.3 Recomendaciones y Estrategias Generales

Técnico - administrativas :

- Racionalización de sistemas en términos de distribución de recursos, ampliación de coberturas
- Adecuar e incrementar recursos que son insuficientes frente a demandas crecientes
- Incrementar las acciones educativas en salud y vigilancia epidemiológica
- Mejorar los sistemas de información, incrementar los controles, agilizar los sistemas de remisión de pacientes
- Hacer educación continuada de tal forma que incida en el cambio de estilo de vida para disminuir o prevenir los factores de riesgo y atenuar los factores condicionantes
- Manejar los esquemas preventivos y de acciones de salud, en términos de daño, riesgo, vulnerabilidad y recuperabilidad.

De esta manera se hace una adecuada integración de los conceptos psico-biológico-sociales, en razón de un mejor manejo de los recursos existentes y una mayor utilización de los recursos institucionales.

- **Contaminación ambiental :**

Los problemas alimentarios y de contaminación del agua y el aire, e incluso la calidad del suelo, afectan en especial las áreas marginales.

- **Vivienda :**

La demanda de vivienda no satisfecha, que ha crecido con rapidez, ha provocado hacinamiento, construcción deficiente, proliferación de asentamientos que no observan las normas mínimas de construcción, creando riesgos de incendio, terremoto, inundaciones y deslizamientos.

- **Transporte :**

La red de transporte es insuficiente para el volumen de tráfico y presenta mantenimiento deficiente.

- **Medio ambiente en lugares de trabajo :**

Las enfermedades y accidentes de trabajo son crecientes. Los trabajadores de las zonas marginales trabajan en un medio desprotegido, inseguro e insalubre con pocos o ningún servicio básico.

- Grupo de 15 a 44 años :

Disminuir la morbimortalidad por homicidios, accidentes, traumatismos, heridas, tumores malignos, enfermedades venéreas, enfermedades mentales, tuberculosis, patología gastrointestinal y genitourinaria, programas de odontología asistencial y preventiva, atención a los adolescentes en salud, reproducción integral y nutrición a mujeres gestantes.

- Grupo de 45 y más años :

Disminuir la mortalidad por enfermedad hipertensiva, neoplasias, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades del aparato osteomuscular, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual y diabetes.

- Crear sistemas de atención y seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas

- Fortalecer las inversiones sociales y nutricionales en la comunidad con el fin de lograr un buen desarrollo de la familia y la efectiva protección del menor

- Buscar que los recursos financieros sean suficientes, estables y oportunos, que aseguren la realización de las acciones prioritarias previstas

4.4.4 Objetivos y Estrategias Específicas

Para el cumplimiento de las políticas que se tracen en salud, educación y bienestar, se requiere una estrecha coordinación intersectorial e interinstitucional, además de un incremento notable de los recursos financieros.

- Grupo Materno Infantil :

Este grupo que corresponde a los menores de 5 años y las madres tiene como prioridades : bajar la mortalidad por enfermedades intestinales, problemas respiratorios agudos y enfermedades perinatales, enfermedad diarreica aguda, inmunoprevenibles, afecciones virales y desnutrición.

En el grupo de madres se debe disminuir la morbimortalidad por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aborto y cáncer de cérvix.

- Grupo de 5 a 14 años :

Es prioritario disminuir la morbimortalidad por accidentes en este grupo de población. Igualmente, bajar la morbilidad por enfermedades respiratorias agudas, órganos de los sentidos, afecciones virales y desnutrición.

5. IDENTIFICACION DE AREAS CRITICAS

5.1 SECTOR SALUD

5.1.1 Prestación de servicios de salud

En el área de la Salud, en lo que hace referencia a la prestación de servicios de salud, se han encontrado como áreas críticas las siguientes :

- La cobertura de servicios no irriga a toda la población, observándose problemas de accesibilidad para grupos de población marginal de alto riesgo, con lo cual se crean áreas desprotegidas de servicios y que por la índole de su problemática es necesario proteger con programas de salud continuos y bien establecidos.
- A través de estudios realizados en la ciudad de Manizales, por distintas entidades tanto de salud como de educación universitaria, se ha visto el incremento de problemas a nivel de salud mental, salud oral, nutrición, maltrato físico a los

- Fortalecer las acciones de educación en salud

Como estrategias que garanticen la atención al conjunto de la población se tendrán en cuenta :

- Desarrollo del sistema de atención intermedia y primaria
- Dar una adecuada oferta de servicios con miras a una atención integral y oportuna, en el nivel de complejidad que corresponda
- Dar prioridad a la atención primaria e impulsar la adecuada integración docente asistencial
- Impulsar mecanismos de concertación intra e inter - sectorial para ampliar las coberturas de servicios de salud
- Aumentar la cantidad y la calidad de la oferta
- Implantar un sistema efectivo de valoración del riesgo a nivel de las patologías prioritarias para una remisión oportuna al nivel adecuado
- Implantar un sistema de atención sistemática a domicilio
- Implantar un sistema adecuado de reasignación de funciones en las áreas de atención prioritaria

5.1.2 Atención al medio ambiente

- En esta área existen problemas de contaminación ambiental a nivel del aire, suelo (basuras) y aguas, teniendo como puntos críticos las zonas marginales, las Quebradas Manizales, Olivares y el Rio Chinchiná, además del grave problema erosivo que presenta la ciudad.
- Es visible la falta de un sistema adecuado de disposición de desechos sólidos (basuras, excretas) que son vertidos sobre ríos y cañadas con graves peligros de contaminación.
- Ante el incremento de los problemas dado por el inadecuado manejo de los alimentos, tanto en su producción como en su comercialización, el área de saneamiento a este nivel se torna prioritaria
- Un porcentaje alto de la población marginal presenta problemas derivados de la falta de una infraestructura sanitaria adecuada para el manejo de excretas, basuras y aguas.

5.1.3 Sistemas de apoyo y funcionamiento

- Los recursos humanos requieren mayor desarrollo y capacitación de tal forma que adquieran una formación integral que les permita mejor desarrollo organizacional y humanización de la atención

niños, violencia intrafamiliar, farmacodependencia, alta accidentabilidad e incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, a lo cual se agrega un incremento de las enfermedades transmitidas sexualmente.

- Los proyectos de educación comunitaria para el autocuidado familiar en salud, son escasos y discontinuos frente a las necesidades cada vez mayores de los grupos prioritarios y marginales.
- Hay gran presión y congestión en las áreas de urgencias, parto, cirugía general de los hospitales de Manizales
- Ausencia casi total de servicios que den atención integral a los grupos de escolares y adolescentes.
- Falta un sistema de prestación de servicios a nivel ambulatorio que dé respuesta a los problemas que presenta el grupo de la tercera edad en lo referente a patología social, patología mental y patología biológica, que sea de amplia cobertura, fácil acceso y que presente continuidad.

- Las plantas físicas de algunos Periféricos (IPC, Cervantes) merecen especial atención en la revisión de las estructuras y estabilización del terreno.
- Dado que algunas áreas de influencia se han hecho más extensas y más densamente pobladas, se recomienda implantar nuevos Periféricos o centros de atención
- Implantar una consulta externa general en la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios
- Implantar una adecuada consulta externa en el Hospital Santa Sofía

A través de estudios técnicos realizados por el Servicio Seccional de Salud de Caldas y la Beneficencia de Manizales y la decisión política reafirmada en la actual administración, dan como factible la construcción y desarrollo de sistemas intermedios de atención en salud que den servicios a la población situada en La Enea, la aldea Lusitania y en las posibles áreas de reserva urbanística de la ciudad (La Florida) y futuras áreas de expansión de proyectos determinados, como Ciudad Jardín.

El sector nor-oriental, como el área de mayor crecimiento en la actualidad y considerado como sitio de desarrollo de grandes programas de vivienda y asentamientos urbanos, llevó a realizar los estu-

- La infraestructura de servicios es insuficiente para alcanzar coberturas aceptables, presentándose deficiencia tanto de personal como de servicios

- Se realiza una atención de salud a nivel terciario, a elevado costo, atención que bien puede ser dada a nivel de servicios ambulatorios

- Hay dificultades en la promoción de servicios e información a la comunidad lo que conlleva a la poca e inadecuada utilización de los mismos

- Con referencia al inventario físico y diagnóstico de las 12 Consultas Periféricas de la ciudad de Manizales, se encontró que hay Periféricos cuyos locales son totalmente inadecuados (Periférico 8, Centro Piloto), que por ser ejes de atención de zonas densamente pobladas, necesariamente requieren una redistribución y ampliación de los espacios en favor de una mejor atención.

- Hay ausencia de políticas definidas respecto al mantenimiento, rediseño y ampliación de las plantas físicas para atender la demanda creciente de los diversos servicios de salud, dado el incremento de programas y demanda de atención y el aumento de la población del área de influencia

- Las plantas físicas de algunos Periféricos (IPC, Cervantes) merecen especial atención en la revisión de las estructuras y estabilización del terreno.
- Dado que algunas áreas de influencia se han hecho más extensas y más densamente pobladas, se recomienda implantar nuevos Periféricos o centros de atención
- Implantar una consulta externa general en la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios
- Implantar una adecuada consulta externa en el Hospital Santa Sofía

A través de estudios técnicos realizados por el Servicio Seccional de Salud de Caldas y la Beneficencia de Manizales y la decisión política reafirmada en la actual administración, dan como factible la construcción y desarrollo de sistemas intermedios de atención en salud que den servicios a la población situada en La Enea, la aldea Lusitania y en las posibles áreas de reserva urbanística de la ciudad (La Florida) y futuras áreas de expansión de proyectos determinados, como Ciudad Jardín.

El sector nor-oriental, como el área de mayor crecimiento en la actualidad y considerado como sitio de desarrollo de grandes programas de vivienda y asentamientos urbanos, llevó a realizar los estu-

dios de factibilidad entre el Servicio de Salud de Caldas y La Beneficencia de Manizales con el apoyo del Ministerio de Salud y la agencia internacional UNICEF para desarrollar la consulta periférica de La Asunción como un sistema intermedio de prestación de servicios.

Es palpable la necesidad de desarrollar una consulta periférica de apoyo ubicada en la Avenida del Río, entre las urbanizaciones Caribe y San Cayetano.

Dada la estructuración y el manejo de los problemas de salud por niveles, se ve la necesidad de fortalecer y estructurar mejor los sistemas de referencia de pacientes que requieran alta y mediana tecnología.

5.1.4 Toxicología

La extensa zona de influencia de la ciudad de Manizales (Neira, Chinchiná, Villamaría) así como las poblaciones que son sujeto de referencia, carecen de un servicio especializado de toxicología.

Los sistemas de urgencia en los hospitales y clínicas a donde llegan los pacientes, carecen de sistemas que aclaren o den conocimiento de las características y magnitud del problema que se presenta en las emergencias médicas o de otra índole y, por ende, la toma de las decisiones necesarias para solucionarlas.

A pesar de que se carecen de registros fidedignos, se sabe que el problema de las intoxicaciones es creciente, lo que hace necesario implementar un laboratorio de toxicología a fin de :

- Evaluar causas de muerte
- Evaluar intoxicaciones masivas en niños, en drogadictos, problemas de enfermedad profesional
- Requerimiento por autopsia médico legal
- En caso de accidentes (alcohol, drogas)
- Manejo crónico de cierto tipo de drogas de formulación legal
- Intoxicaciones alimenticias y/o de otra índole

Se sabe que la consulta por intoxicación es creciente entre nosotros, lo que hace necesario organizar un centro de información toxicológica que tenga el doble fin, en el aspecto formativo y asistencial.

Objetivos :

- Dar información a todos los niveles, tanto profesional como popular
- Servir de campo de enseñanza e investigación
- Ser soporte en los requerimientos médico legales para apoyo a la justicia

- ~~Servir de base para el desarrollo~~ de la medicina del trabajo en nuestro medio .

Se propone un pool integrado por la Universidad, Servicio de Salud, Municipio de Manizales, Medicina Legal, Departamento de Caldas, Ministerio de Justicia y la Seguridad Social, Parque Industrial de Manizales, a fin de aportar recursos físicos, tecnológicos, humanos y financieros para la creación del Centro de Toxicología.

5.1.5 Medicina del Trabajo - Salud Ocupacional

Hace relación al conjunto de medidas o acciones dirigidas a preservar, mejorar y reparar la salud de las personas en su vida de trabajo, individual y colectivamente.

El problema de salud de los trabajadores reviste características realmente dramáticas, resultantes de malas condiciones ambientales, físicas, químicas y biológicas que castigan grandemente a menores de 35 años.

Es necesario implementar medidas que tiendan a disminuir los índices de accidentalidad.

Se debe propender por instaurar programas de prevención que estén dirigidos a :

El desastre es una grave alteración de la vida que se produce con poca o nada de anticipación. Ocasiona muertes o lesiones o amenaza con ocasionarlas, en una magnitud mucho mayor que la capacidad de los servicios públicos que los atenderían en condiciones normales, de manera que requiere una normatización y organización especial de estos servicios.

En la ciudad de Manizales, en la actualidad, se ha desarrollado un plan de emergencia que cubre y organiza todas las áreas de participación de servicios.

Las situaciones de emergencia comunitaria que se presentan más frecuentemente entre nosotros son :

- Inundaciones y desbordamiento de grandes y pequeños rios
- Movimientos telúricos
- Accidentes (automotores en general, aviación)
- Situaciones de reacción violenta en masa (asonada, revolución)
- Deslizamientos en general
- Incendios
- Alteraciones ecológicas que pueden modificar la incidencia y la transmisión de enfermedades infecciosas causadas por distintos factores

Es importante que el equipo de salud sea eficaz en la aplicación de los procedimientos técnicos y administrativos, tener una organi-

Mecanismos de protección :

- Prevención de riesgos de trabajo
- Atención a la ocurrencia y atención de riesgos de trabajo
- Reparación o indemnización proveniente de los riesgos de trabajo

5.1.6 Situaciones de emergencia en la comunidad

Toda situación que demande atención médica de urgencia a varios miembros de la comunidad, por una causa específica (accidentes, desastres naturales, enfermedades transmisibles, etc.) o por causas relacionadas, requieren la presencia coordinada del equipo de salud, tanto a nivel institucional como interinstitucional.

El equipo de salud, por su calidad, preparación, conocimiento del manejo de las situaciones de emergencia en la comunidad, debe liderar coordinar y controlar la prestación de servicios médicos en cooperación con otras entidades ya sean de carácter privado o estatal, ya sea para intervenir, prevenir si fuere posible, o atenuar sus efectos.

El desastre es una grave alteración de la vida que se produce con poca o nada de anticipación. Ocasiona muertes o lesiones o amenaza con ocasionarlas, en una magnitud mucho mayor que la capacidad de los servicios públicos que los atenderían en condiciones normales, de manera que requiere una normatización y organización especial de estos servicios.

En la ciudad de Manizales, en la actualidad, se ha desarrollado un plan de emergencia que cubre y organiza todas las áreas de participación de servicios.

Las situaciones de emergencia comunitaria que se presentan más frecuentemente entre nosotros son :

- Inundaciones y desbordamiento de grandes y pequeños rios
- Movimientos telúricos
- Accidentes (automotores en general, aviación)
- Situaciones de reacción violenta en masa (asonada, revolución)
- Deslizamientos en general
- Incendios
- Alteraciones ecológicas que pueden modificar la incidencia y la transmisión de enfermedades infecciosas causadas por distintos factores

Es importante que el equipo de salud sea eficaz en la aplicación de los procedimientos técnicos y administrativos, tener una organi-

zación y un plan de acción sistemático y de ejecución inmediata en las situaciones de emergencia.

Es necesario tener en cuenta que la fase más crítica de la atención médica es durante las primeras 24 a 48 horas siguientes de iniciado el impacto de la situación de emergencia comunitaria y que solo se puede contar con los servicios y recursos propios durante este período.

5.1.6.1 Plan para situaciones de emergencia

La elaboración de un plan para situaciones de emergencia en la comunidad debe desarrollarse con base en :

- Cursos de educación y preparación para casos de emergencia comunitaria, educación para la comunidad y para los integrantes del equipo de salud, (capacitación en primeros auxilios y socorrismo y actualización en técnicas de atención de emergencias, etc.)
- Crear equipos de asistencia y apoyo, con funciones muy definidas dentro de la comunidad y en las instituciones de salud y organismos relacionados con el sector privado y público (cuerpo de bomberos, Defensa Civil, Cruz Roja, Comités comunitarios, Policía, etc.)

2. Fase de alerta :

Amenaza que la emergencia comunitaria se puede producir dentro de un corto tiempo. Se ordena acondicionamiento de locales (albergues, puestos médicos). Se suspenden ingresos e intervenciones quirúrgicas no urgentes.

3. Fase de emergencia :

Se anuncia cuando la emergencia que va a ocurrir es inminente: evacuación preventiva y medidas de socorro.

4. Fase recuperativa :

Tiene por fin el restablecimiento de las condiciones de vida lo antes posible. Se mantienen medidas de asistencia médica a los evacuados mientras permanecen en albergues, desmovilización progresiva del personal.

Otras instituciones dividen los planes en tres fases :

1. Pequeños desastres :

Tratamiento de las víctimas sin interrumpir las funciones de la Institución.

- Disponer los lugares de tratamiento de urgencias, clasificación del estado de las víctimas para ordenar la referencia del paciente o su intervención inmediata.
- Crear sistemas de enlace entre la institución, la comunidad y la prensa
- Trazar planes para controlar los efectos de los desastres, especialmente en lo relacionado con la aparición y propagación de epidemias

A raíz de los desastres naturales, se han creado planes que contemplan diferentes fases :

1. Fase Informativa :

Entra en vigor cuando hay posibilidades de peligro inminente e incluye : localizar el personala todos los niveles, suspender vacaciones y permisos del personal, realizar censo de camas disponibles, recuento de pacientes hospitalizados que se pueden dar de alta, crear condiciones para movilización de brigadas sanitarias.

Ejecución de medidas higiénicas como: reinspección de albergues, centros de alimentación colectiva, fuentes de agua potable, etc. Se revisan existencias de medicamentos y suministros

2. Fase de alerta :

Amenaza que la emergencia comunitaria se puede producir dentro de un corto tiempo. Se ordena acondicionamiento de locales (albergues, puestos médicos). Se suspenden ingresos e intervenciones quirúrgicas no urgentes.

3. Fase de emergencia :

Se anuncia cuando la emergencia que va a ocurrir es inminente: evacuación preventiva y medidas de socorro.

4. Fase recuperativa :

Tiene por fin el restablecimiento de las condiciones de vida lo antes posible. Se mantienen medidas de asistencia médica a los evacuados mientras permanecen en albergues, desmovilización progresiva del personal.

Otras instituciones dividen los planes en tres fases :

1. Pequeños desastres :

Tratamiento de las víctimas sin interrumpir las funciones de la Institución.

2. Grandes desastres :

Utilización de todos los recursos

3. Desastres que entrañan gran peligro :

Movilización general.

En la actualidad, con base en las experiencias de desastres ocurridos en Centro América y Europa, ha surgido como gran ayuda en el manejo de estas situaciones la epidemiología y la vigilancia epidemiológica en situaciones de desastre (urgencia comunitaria).

5.1.6.2 Riesgos epidemiológicos que plantean los desastres (Urgencia Comunitaria)

- Aumento de enfermedades transmisibles en caso de desastres por :

- Presencia de un nuevo agente patógeno (por migraciones, por daño en protección ambiental)
- Variación en la susceptibilidad de la población (carencia grave y prolongada de alimentos - hambre - desnutrición - bajas defensas - infecciones)

- Aumento en la transmisión de infecciones por: aumento de la promiscuidad (campo de refugiados, albergues), deterioro de las condiciones de higiene del medio (daño de red de abastecimiento de agua potable, sistema de alcantarillado, recolección de basuras)
- Disminución de la higiene personal, contacto directo con agentes patógenos
- Interrupción total o parcial de los programas de lucha contra enfermedades transmisibles
- Deterioro o deficiencia de abastecimiento de agua potable (atención a la calidad del agua).

Las alteraciones ecológicas pueden incrementar la incidencia de ciertas enfermedades transmitidas por vectores y se dan criaderos de insectos y roedores.

- Traumatismo en el saneamiento del medio ambiente (deterioro en la eliminación de desechos - excretas humanas)
- Brotes y epidemias de diarrea, enfermedades respiratorias, intoxicaciones por alimentos, enfermedades inmunoprevenibles
- Modificaciones de las condiciones sociales (desnutrición)

En general, los factores que agravan los problemas planteados en las situaciones de desastre son :

- El crecimiento demográfico
- La urbanización cada vez mayor
- Las alteraciones ecológicas modifican la incidencia y la transmisión de enfermedades infecciosas.

5.1.6.3 Cronología de las operaciones de socorro en casos de desastre

Según Western, la situación que sigue a un desastre puede dividirse en cuatro fases :

1. Fase de impacto :

Períodos en que ocurren muertes, traumatismos y destrucción

2. Fase de emergencia :

Período en que se procede a las operaciones de salvamento (rescate de personas enterradas o atrapadas en los escombros), administración de primeros auxilios, prestación de asistencia médica a lesionados.

La fase de emergencia tiene dos períodos :

- De aislamiento

La comunidad afectada está aislada, hay difícil acceso a la zona

- Período de rescate o socorro : cuando las víctimas reciben los mayores auxilios (o a veces los daños mayores)

3. Fase de Rehabilitación :

Se da prioridad a la prestación de servicios indispensables (abastecimiento de agua - servicios de salud - medidas ambientales - de saneamiento - instalación de albergues)

Los planes de desastre deben generarse a todos los niveles y es necesaria la coordinación de propósitos y actividades.

5.1.7 Violencia

Dentro de la problemática que atañe a la población que ocupa las ciudades intermedias están los altos índices de accidentalidad y violencia, que golpea en forma definitiva o parcial el proceso vital continuo. *

Las condiciones de vida de la población que se presentan difíciles e insuficientes generan la búsqueda de soluciones de diversa índole, entre las que figuran la violencia y las diversas formas de agresividad. Las lesiones intencionales fatales revisten un gran problema que va en aumento, lo mismo que las lesiones intencionales no fatales que representan también una dificultad, incluyendo los malos tratos y el abandono.

Las lesiones accidentales constituyen una de las principales causas de muerte e incapacidad en los grupos de edad de 15 a 44 años, lo que globalmente representa la pérdida grande de potenciales años de vida y supone costos enormes en términos de sufrimiento e incapacidad humanas, pérdida de productividad y asistencia sanitaria.

El sobrevivir como acción inicial en que se moviliza el instinto, traducido en términos de necesidad, choca en la intrincada mezcla de factores condicionante, unido al imperativo de la filosofía del tener y que para un porcentaje alto de la población, que se ven privados de lo mejor que el sistema puede ofrecer, postergándolos, cuando no marginándolos, lo que hace que esta franja de población gasta todo su tiempo o energía en la búsqueda constante de cualquier ingreso, de cualquier manera de sobrevivir a su alcance, teniendo como contexto medio-ambiental el desempleo, las malas condiciones de vivienda, falta de mecanismos, estímulos que empujan a situaciones criminales, a factores de índole política que resultan en trasgresiones o a otras situaciones de complejidad diversa como el narcotráfico.

El incremento de homicidios y lesiones intencionales hacen que la mortalidad por causas no naturales registren una tendencia hacia el aumento, además de factores como desorganización social, inadap-tación social que generan la inseguridad, que no es causa en sí misma, sino el resultado de equivocadas políticas económico - socia-les - laborales y que, a su vez, se presentan como determinante o disparados en la génesis de la violencia física.

Por estudios realizados en la ciudad de Medellín y que igualmente se presentan entre nosotros, teniendo como fuentes el DANE, censo 1985 - Servicio de Salud de Caldas, Estadísticas Vitales 1983 - 1984 - 1985 y Evaluación realizada en servicios de urgencias reali-zada en 1984 y 1985, encontramos que la violencia y accidentabilidad se presenta en el grupo de edad de 15 a 44 años, dando su mayor impacto entre los de 15 - 35 años, que dan referencia d e personas jóvenes, potencialmente productivas. De sexo masculino, solteros, siendo más frecuentes las situaciones de violencia y accidentabili-dad, al final o al principio de la semana, horariamente se acentúa más en las horas de la noche, teniendo como situaciones agravantes la ingesta de alcohol o consumo de drogas, lo mismo que accidentes cerca a la casa o al lugar de trabajo. Se destaca como población blanco los obreros, negociantes, individuos sin profesión definida conocida, desempleados, estudiantes, conductores de vehículos automo-tor, motocicleta o bicicleta, comerciantes y amas de casa.

5.2 EDUCACION

5.2.1 Aspectos Administrativos

En el área de administración del recurso humano en educación, se identifican como áreas críticas :

- Desorganización y falta de claridad en la administración del personal docente que por la nacionalización de la educación pasa a la Secretaría de Educación del Departamento, y es remunerado a través del FER, cuyas acciones están dispersas correspondiendo al Secretario de Educación solamente la legalización de los actos administrativos, basados en decisiones tomadas a nivel de la Secretaría de Educación Departamental.
- Sub-utilización del personal que ocupa las plazas docentes ~~vocacionales~~, ~~por falta de un programa establecido de educación no formal y de capacitación~~
- Carencia de un diagnóstico y de un programa de mantenimiento preventivo y de recuperación de los locales escolares y edificios para desarrollarlo
- Ausencia de mecanismos formales para compartir con la Secretaría de Educación Departamental los planes, programas y recursos

de educación para la ciudad.

5.2.2 Aspectos técnicos y de recursos

- En el área de educación preescolar, la ciudad presenta un problema por déficit de programas y unidades para atender los niños de los grupos más desprotegidos, actividad que solamente desarrolla el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a través de sus 16 Centros de atención preescolar, para hijos de madres trabajadoras y otras unidades de tipo privado de la seguridad social, lo cual priva un gran número de niños de comunidades marginales y de alto riesgo familiar, de acceso a la etapa de aprestamiento escolar, iniciándose desde aquí problemas que en otras etapas originarían bajo rendimiento y deserción escolar.

- No se da cumplimiento a la iniciación de la etapa primaria ofreciendo el kinder como primer nivel, y solamente un escaso número de escuelas lo tiene implementado, lo cual redunda en un agravamiento del problema planteado anteriormente por falta de la etapa preescolar.

5.3 BIENESTAR SOCIAL

Entre las áreas críticas de Bienestar social se encuentran con mayor peso los problemas de asistencia social. Gaminismo, vagabundos y mendigos con problemas de índole psicosocial y psicobiológica.

El problema de desnutrición es álgido en la ciudad de Manizales y golpea sobre todo a las áreas deprimidas de la ciudad y algunas áreas rurales.

Se encuentran problemas a nivel de recreación y manejo del tiempo libre por la carencia de zonas estructuradas para desarrollar programas de recreación dirigida.

Hay problemas grandes a nivel de farmacodependencia y salud mental.

A nivel de áreas marginales se han percibido problemas de violencia intrafamiliar, reflejada en maltrato físico a niños, privación psico-afectiva y/o problemas de agresión externa.

Los minusválidos carecen de sistemas de protección y programas coherentes que les ayuden a una mejor adaptación.

5.4 ZONA RURAL

La problemática dada a nivel de la ciudad se ve replicada, con más o menos intensidad, en las zonas rurales.

5.5 AREAS CRITICAS COMUNES

La apropiación de recursos financieros del presupuesto municipal de la vigencia 1986, para las áreas de Educación, Salud y Bienestar son completamente insuficientes y no responden a las necesidades y problemas que afrontan las instituciones de orden municipal responsables de la prestación de servicios.

- No existe, a nivel de la Secretaría, datos estadísticos satisfactorios en cuanto a su calidad, cantidad y confiabilidad
- Falta coordinación del sistema de atención en salud con otras instituciones.
- Aclarar y equilibrar los contratos de docencia - asistencia a fin de dar una atención integral a la comunidad y ampliar la cobertura de servicios
- Hay descoordinación y dificultades para llevar a nivel operativo la realización de los contratos docente - asistenciales