

CAPÍTULO 6

PROGRAMAS ESPECIALES

Elaborado por:

Situación de la discapacidad en el Departamento de Antioquia:

ZULMA DEL CAMPO TABARES MORALES
Enfermera Epidemióloga. Subsecretaría de Protección Social

NATALIA MONTOYA PALACIO
Fisioterapeuta especialista Salud Pública. Profesional Universitario

MARTHA NAVARRO RAMÍREZ
Fonoaudióloga. Profesional Universitario

JAIME HUMBERTO VARGAS TOBAR
Optómetra especialista en Salud Pública. Profesional Área de la Salud

DANNA LIZETH SÁNCHEZ MORA
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud. Especialista en salud pública

CLAUDIA MARCELA OSPINA ROJO
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, especialista en alta gerencia. Profesional Universitario

Programa Adulto Mayor

MÓNICA MARÍA VANEGAS GIRALDO
Gerontóloga, Coordinadora del programa Adulto Mayor

NEIDA HENAO LÓPEZ
Gerontóloga, Profesional universitario

LUIS FERNANDO ATEHORTUA ESCOBAR
Gerontólogo, Profesional universitario

MYRIAM TOBÓN COVALEDA
Gerontóloga, Profesional universitario

JULIO CESAR FABRA ARRIETA
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud

CLAUDIA MARCELA OSPINA ROJO
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud,
especialista en alta gerencia. Profesional Universitario

Laboratorio Departamental

MARY RUTH BROME B.
Médico Especialista

BACTERIÓLOGOS LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE
SALUD PÚBLICA

EMILSE AMPARO POSADA M.
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud,
especialista en alta gerencia. Técnico Área de la Salud

CLAUDIA MARCELA OSPINA ROJO
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud,
especialista en alta gerencia. Profesional Universitario

Programa Aéreo de Salud

JORGE ALBERTO BALBIN QUIRÓZ
Medico General. Especialista en Gerencia de la Salud Pública

CLAUDIA MARCELA OSPINA ROJO
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud,
especialista en alta gerencia. Profesional Universitario

TABLA DE CONTENIDO

SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.....	9
INTRODUCCIÓN	9
Registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad Antioquia 2011	11
Características de la discapacidad	14
Salud y seguridad social	19
Educación	22
Productividad.....	25
Diagnóstico de necesidades sentidas por regional.....	28
Magdalena Medio	28
Occidente.....	29
• Oriente	29
• Norte.....	29
• Bajo Cauca.....	30
• Urabá	30
• Suroeste	30
• Nordeste	31
• Área Metropolitana	31
• Conclusiones	31
Recomendaciones.....	32
ADULTO MAYOR GOBERNACION DE ANTIOQUIA.....	34
Reseña Histórica	34
Componentes Del Plan Gerontológico.....	35
Base legal.....	36
Crecimiento Población Adulta Mayor De Antioquia	39
Programa 1: Desarrollo de Subprogramas y Proyectos Para la Atención Integral del Adulto Mayor y el Anciano.	44

Programa 2: Promoción, Prevención y Atención a los Riesgos Especificos del Envejecimiento. .	47
Proyecto 3: Promoción de espacios de participación para el empoderamiento e inclusión del adulto mayor y anciano.....	50
LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA	53
Objetivo General.....	54
Objetivos Especificos.....	54
Informe de actividades 2007 – 2011	59
Objetivo General.....	60
Objetivos Especificos.....	60
Análisis de resultados.....	64
Dengue	69
Plan de Eliminación de Sarampión y Rubéola.....	71
Tuberculosis.....	71
HIV.....	72
Influenza	74
Malaria y Leishmaniosis	75
Productos Alcanzados En El Periodo 2007-2010	¡Error! Marcador no definido.
PROGRAMA AÉREO DE SALUD.....	79
PRINCIPIOS GENERALES DEL REGLAMENTO:	81
Servicios prestados	83
Brigadas de salud:	83
Transporte aeromédico de pacientes:	86
Atención de urgencias emergencias y desastres:	87
Apoyo humanitario:	89
Red departamental de comunicaciones:.....	90
Transporte terrestre de paciente:.....	90
Recepción de heridos en masa en plataforma:.....	91
Actividades educativas:	92
Brigadas epidemiológicas:	93
Proyectos Productivos.....	93
Asunción De Prestación De Los Servicios De Salud De Comunidades Pas.....	95
Conclusiones	95

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual del sexo de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	11
Tabla 2. Distribución porcentual del grupo étnico al cual pertenece la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	13
Tabla 3. Distribución porcentual del tipo de alteración permanente de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.	15
Tabla 4. Distribución porcentual de las causas de la alteración permanente en la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	15
Tabla 5. Distribución del origen de la discapacidad en la población con discapacidad registrada en el departamento. Antioquia al año 2011.	17
Tabla 6. Distribución porcentual de la afiliación en salud de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.	20
Tabla 7. Distribución porcentual del nivel del SISBEN de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	20
Tabla 8. Distribución porcentual de la disponibilidad de los servicios de rehabilitación en el municipio de residencia para la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.	21
Tabla 9. Distribución porcentual de la causa de no recepción de los servicios de rehabilitación en la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	22
Tabla 10. Distribución porcentual de la condición de alfabetismo en la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	22
Tabla 11. Distribución porcentual de las causas por las cuales no asiste a establecimientos educativos la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	24
Tabla 12. Distribución porcentual de la asistencia a establecimientos educativos de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.	24
Tabla 13. Distribución porcentual de la condición ocupacional de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	26
Tabla 14. Distribución porcentual de la actividad económica en la cual trabaja al momento del registro la población con discapacidad identificada en el departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.	26
Tabla 15. Distribución porcentual del nivel de ingresos percibidos por la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.	27
Tabla 16. Distribución de los adultos mayores por Subregión y cobertura de afiliación al SGSSS, según proyección DANE Antioquia 2010.	42

Tabla 17. Distribución de los CPSAM y los centro día, según población atendida por subregión. Antioquia, 2010.....	49
Tabla 18. Actividades de asesoría y Asistencia técnica realizadas a la Red de Microscopia de Malaria. Antioquia 2008 – abril 2011.....	56
Tabla 19. Laboratorios habilitados e inscritos en programa de control de calidad de citologías. Antioquia, 2010.	61
Tabla 20. Consolidado de las pruebas realizadas por áreas y centros de costos. Antioquia, 2007 - 2010.....	67
Tabla 21. Distribución de las pruebas realizadas de IgM para dengue, según resultado por subregión. Antioquia, 2007 - 2010.....	70
Tabla 22. Número de servicios prestados en brigadas de salud por el P.A.S. Antioquia, 2007 a 2010.....	83
Tabla 23. Actividades realizadas por el P.A.S. durante las brigadas de salud. Antioquia 2007 - 2010.....	84
Tabla 24. Personas atendidas por el P.A.S. durante las brigadas de salud. Antioquia 2007 - 2010.....	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011, según grupo de edad y sexo.	12
Figura 2. Distribución porcentual del estrato socioeconómico de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	13
Figura 3. Distribución porcentual del tipo de alteración permanente de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	14
Figura 4. Distribución porcentual según el tipo de accidente que generó la discapacidad. Antioquia.....	18
Figura 5. Distribución porcentual del tipo de afiliación en salud de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	19
Figura 6. Distribución porcentual del último grado de escolaridad aprobado por la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.....	23
Figura 7. Distribución porcentual del nivel de ingresos percibidos por la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.	27
Figura 8. Crecimiento de la población adulta mayor. Antioquia, 1993, 2005 y 2010.....	39
Figura 9. Distribución porcentual de los adultos mayores según nivel del SISBEN. Antioquia 2010.	39
Figura 10. Distribución de los adultos mayores niveles 1, 2 y 3 por Subregiones del SISBEN. Antioquia 2010.	40
Figura 11. Distribución Porcentual de los adultos mayores por cobertura de afiliación al SGSSS, según proyección DANE Antioquia 2010.....	41
Figura 12. Distribución porcentual de la población adulta mayor por sexo. Antioquia 2010	42
Figura 13. Distribución porcentual según área de residencia de la población adulta mayor. Antioquia 2010.	43
Figura 14. Inversión del programa del adulto mayor en cofinanciación de proyectos. Antioquia, 2004 a 2010.....	47
Figura 15. Distribución porcentual de los centros día y los CPSAM según subregión. Antioquia 2010.	49
Figura 16. Conformación de los cabildos en los municipios de. Antioquia 2010.	52
Figura 17. Concordancia de la evaluación del Control de Calidad Indirecto en pruebas de Vigilancia Epidemiológica en el laboratorio departamental. Antioquia 2007 – 2010.	59
Figura 18. Distribución porcentual de la concordancia en la evaluación del control de calidad de pruebas de vigilancia epidemiológica. Antioquia, 2007 - 2010.....	64
Figura 19. Distribución porcentual del control de calidad a los bancos de sangre. Antioquia, 2007 - 2010.....	65
Figura 20. Distribución porcentual de las pruebas de laboratorio por áreas clínicas. Antioquia, 2007-2010.....	67
Figura 21. Distribución porcentual de las pruebas de laboratorio de áreas de medio ambiente. Antioquia, 2007-2010.....	68

Figura 24. Pruebas de IgM positivas para Sarampión y Rubéola. Antioquia, 2007 - 2010.	71
Figura 25. Distribución porcentual de pruebas realizadas para HIV presuntivo en el proyecto Madre e Hijo por región. Antioquia, 2007-2010.	72
Figura 26. Distribución porcentual de las pacientes diagnosticadas para HIV por Región de residencia habitual. Antioquia, 2007-2010.	73
Figura 27. Distribución porcentual de casos positivos para Influenza A(H1N1) por grupos de edad. Antioquia, 2010.	74
Figura 28. Distribución porcentual de las muestras analizadas para Influenza A(H1N1) por región. Antioquia 2010.	74
Figura 29. Muestras positivas para influenza por tipo de virus. Antioquia, 2010.	75
Figura 31. Número de actividades realizadas por el P.A.S. Antioquia 2007 - 2010.	85
Figura 32. Número de pacientes atendidos por el P.A.S. Antioquia 2007 -2010.	85
Figura 33. Número de transporte aeromédico de pacientes realizado por el P.A.S. Antioquia, 2007-2010.	86
Figura 34. Número de atenciones de urgencias emergencias y desastres atendidas por el P.A.S. Antioquia, 2007-2010.	88
Figura 35. Número de apoyos humanitarios realizados por el P.A.S. Antioquia, 2007-2010.	89
Figura 36. Recepción de heridos en masa en el P.A.S. Antioquia, 2007-2010.	92

SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

INTRODUCCIÓN

El concepto de discapacidad ha evolucionado desde una perspectiva biomédica hacia una visión más amplia y de carácter social que involucra el entorno, la sociedad y la cultura. El problema de discapacidad no es una enfermedad o atributo de la persona, esta condición incluye elementos que se relacionan con la presencia de prácticas, factores sociales y culturales negativos que limitan la integración social de las personas, que afectan el reconocimiento, el desarrollo de las capacidades y funcionalidades como individuos pertenecientes a la sociedad.

El contexto anterior ha hecho que el concepto de discapacidad trascienda la simple definición biológica de la condición. Esta situación a su vez ha incidido en las cifras de prevalencia arrojadas por diferentes estudios y en especial por los dos últimos censos de población de 1993 y 2005.

Así mismo, factores como el aumento de la accidentalidad, el conflicto armado, el uso de sustancias psicoactivas, el aumento de la población, especialmente el grupo de los adultos mayores, con el subsecuente incremento de las enfermedades crónicas, el maltrato infantil, la violencia, entre otros factores, inciden notablemente en el aumento de la discapacidad.

El Censo DANE de 1993, consideró la discapacidad desde el punto de vista de la condición de salud y biológica del individuo, éste evidenció que Colombia con una población de 33.109.840 habitantes para ese año, presentaba una prevalencia de discapacidad del 1.8%. Las principales deficiencias fueron la ceguera en un 34.5%, la sordera en un 24.8% y el retraso o deficiencia mental con un 16.6%.

Estudios posteriores, incorporaron conceptos de equiparación de oportunidades y de participación social, como el piloto realizado por la Universidad Javeriana en 25 entidades territoriales, en el cual se encontró que el 3.2% de las personas presentaban alguna limitación, de las cuales el 41% se encontraba entre los 5 a 12 años. La limitación más frecuente fue la visual en 25.9%, seguida por las dificultades del aprendizaje con 20.6%.

El censo DANE 2005, obtuvo mayor información sobre las personas con discapacidad a nivel nacional. Los resultados arrojaron una prevalencia de personas con alguna limitación de 6.3%. Las principales limitaciones fueron para ver a pesar de usar lentes o gafas en un 43.2%, seguidas por las limitaciones permanentes para moverse o caminar con un 29.5%.

El Ministerio de la Protección Social, con el fin de orientar las acciones del Estado hacia el logro de mejores condiciones de vida para las personas con discapacidad en el país y garantizar sus derechos de acuerdo a los mandatos internacionales, en su papel de rector del Sistema Nacional de Discapacidad –SND-, formuló a través del documento CONPES 80 de 2004, la Política Pública Nacional de discapacidad.

Esta Política fue enmarcada bajo el enfoque del Manejo Social del Riesgo y definió tres líneas de acción: Prevención y reducción de riesgos, mitigación y superación. Dentro de la primera, incorpora el fortalecimiento del sistema de información, para lo cual se creó el Registro para la Localización y Caracterización de la población con discapacidad, bajo la coordinación del DANE.

El Registro es una herramienta técnica que permite recolectar información precisa, continua y actualizada de las personas con discapacidad, localizarlas y caracterizarlas desde el nivel municipal departamental y distrital; de esta forma, contribuir a la formulación de políticas, planes, programas y proyectos orientados a garantizar los derechos de las personas con discapacidad en Colombia.

Con el propósito de fortalecer el Registro de Localización y Caracterización de las personas con discapacidad, a partir del mes de octubre de 2010, este fue transferido del DANE al Ministerio de la Protección Social y estará articulado al Sistema de Información de la Protección Social SISPRO.

La información contenida en la primera parte del informe se realiza sobre la base de 110.250 registros procesados hasta la fecha en todo el Departamento de Antioquia. Si bien es una cifra importante, no podemos hablar que sea representativa para el cálculo de prevalencia, pues su aplicación no ha sido proporcional en todos los municipios y la encuesta se realizó casa a casa sin muestras representativas.

En la parte final del diagnóstico, consideramos importante incluir las necesidades sentidas y expresadas por los diferentes actores y especialmente por las personas con discapacidad, en cada una de las nueve subregiones en donde se realizó el Encuentro de la Esperanza y la Superación*, y que servirán de insumo para el

fortalecimiento de la Política Pública Departamental de Discapacidad, en coherencia con los lineamientos nacionales.

*Ordenanza 05 de 2001, POR LA CUAL SE CREA E INSTITUCIONALIZA UN EVENTO DE ESTIMULO Y RECONOCIMIENTO A LA POBLACIÓN DISCAPACITADA".

Registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad Antioquia 2011

Recordemos que el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RPLCPD), tiene en cuenta el nuevo enfoque en el cual, la discapacidad es abordada como un problema multidimensional que incluye lo corporal, personal, familiar y social.

Es importante al realizar la observación y análisis de los datos, tener en cuenta que la categoría "NO DEFINIDO" hace referencia a los registros que presentaron algún error en ese campo (valor no corresponde a los permitidos), al momento en que se realizaron las validaciones por el Ministerio de la Protección Social de los registros inicialmente capturados por el DANE. Y la categoría "NO REPORTADO" corresponde a las variables que no se diligenciaron (campos en blanco).

Al realizar un análisis de la situación de discapacidad por sexo, se observan frecuencias similares entre hombres y mujeres; no obstante es un poco superior la frecuencia en los hombres (52%) con una diferencia de 4.536 casos más frente a las mujeres. Ver Tabla 1. De ahí que la razón hombre / mujer sea 1 a 1,1; es decir por cada mujer con discapacidad hay un hombre en la misma condición.

Tabla 1. Distribución porcentual del sexo de la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.

GRUPOS DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
De 01 a 05 años	101	32,6%	209	67,4%	310
De 06 a 09 años	325	35,6%	588	64,4%	913
De 10 a 14 años	1.398	38,8%	2.206	61,2%	3.604
De 15 a 18 años	1.846	39,0%	2.890	61,0%	4.736
De 19 a 26 años	3.399	40,0%	5.101	60,0%	8.500
De 27 a 44 años	9.551	42,7%	12.829	57,3%	22.380
De 45 a 59 años	12.446	48,2%	13.365	51,8%	25.811
De 60 y más	23.791	54,1%	20.205	45,9%	43.996
TOTAL	52.857		57.393		110.250

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

El análisis por grupos de edad sugiere que hay gran concentración de casos de discapacidad en edades superiores a los 40 años y con similar comportamiento tanto en los hombres como en las mujeres. En la pirámide poblacional, se puede observar que la discapacidad es mayor en los hombres en todos los grupos de edad, menos en los mayores de 65 años. La frecuencia de la discapacidad tiende a ser mayor conforme aumenta la edad, afectando principalmente a los adultos mayores; de ahí que solo las personas mayores de 59 años representen el 40% del total de casos identificados al 2011, caracterizándose como el grupo de edad más representativo de la pirámide poblacional (ver Figura 1).

Se encuentra también gran número de casos de discapacidad en los grupos de edad de 45 a 59 años, con igual comportamiento en ambos sexos. Caso contrario a la situación en el rango de edad de 0 a 4 años, que se caracteriza como el que menos aporta (0,28%) al total de casos identificados hasta el año 2011 en el Departamento.

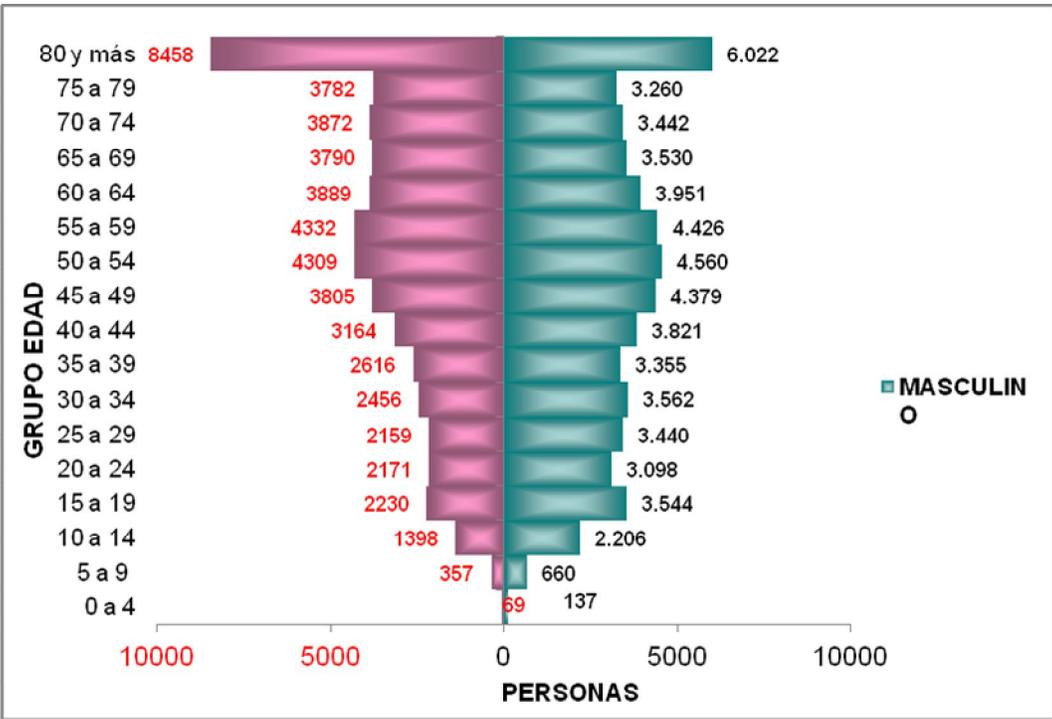


Figura 1. Población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011, según grupo de edad y sexo.
Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

El 97,5% de las personas con discapacidad identificadas al año 2011 son mestizos o pertenecen a otros grupos étnicos no detallados, lo cual se explica por la alta cantidad de habitantes del Departamento que pertenecen a este grupo poblacional. Ver Tabla 2

Tabla 2. Distribución porcentual del grupo étnico al cual pertenece la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.

ETNIA	NUMERO	%
GITANO(A), ROM(LI)	18	0,0%
INDIGENA	303	0,3%
MESTIZO U OTRO DIFERENTE	107.487	97,5%
NEGRO(A), AFRODESCENDIENTE	2.008	1,8%
NO DEFINIDO	325	0,3%
PALENQUERO	57	0,1%
RAIZAL DEL ARCHIPIELAGO	52	0,0%
TOTAL	110.250	100%

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Por estrato socioeconómico, el 94,3%, de las personas con discapacidad residen en viviendas de estrato 1, 2 ó 3. Entre estos el más representativo es el estrato 2, ya que el 46,8% de las personas identificadas aducen residir en viviendas de este nivel. (Ver figura 2). Se deduce entonces que son personas pobres con condiciones de vida precarias que, además de la situación de desempleo que es común para todos los ciudadanos, tienen limitaciones para acceder al medio laboral por su condición física y/o barreras sociales. De ahí la necesidad de desarrollar proyectos de inclusión laboral para este tipo de población en asocio con el sector productivo y las entidades que buscan la construcción y ejecución de políticas públicas en su beneficio.

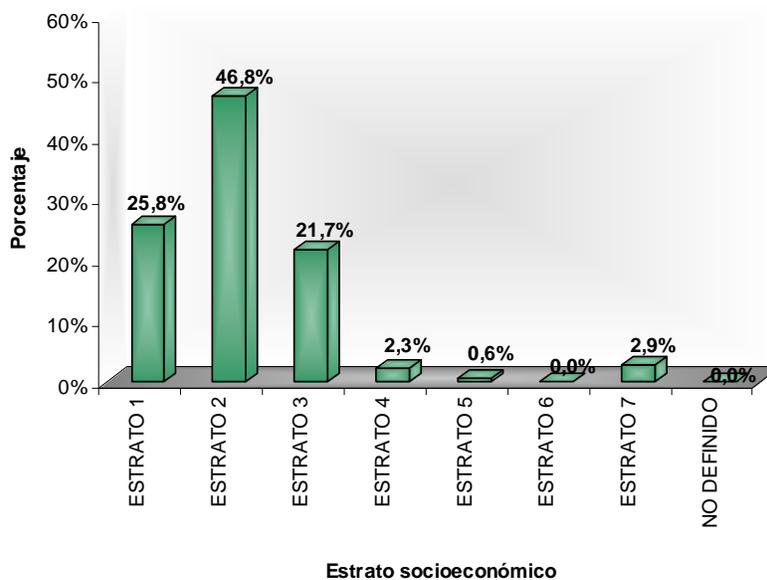


Figura 2. Distribución porcentual del estrato socioeconómico de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Características de la discapacidad

En general, los tres tipos de alteraciones más frecuentes en la población con discapacidad del Departamento de Antioquia son las relacionadas con: la función motora del cuerpo, manos, brazos, piernas (35,5%); con el sistema nervioso (31,9%); con el sistema cardiorrespiratorio (10,5%), con los ojos (9.6%), con los oídos (4.5%). Las alteraciones relacionadas con los órganos de los sentidos del olfato, el tacto y el gusto son las menos frecuentes con un porcentaje del 0,2%. Ver Figura 3.

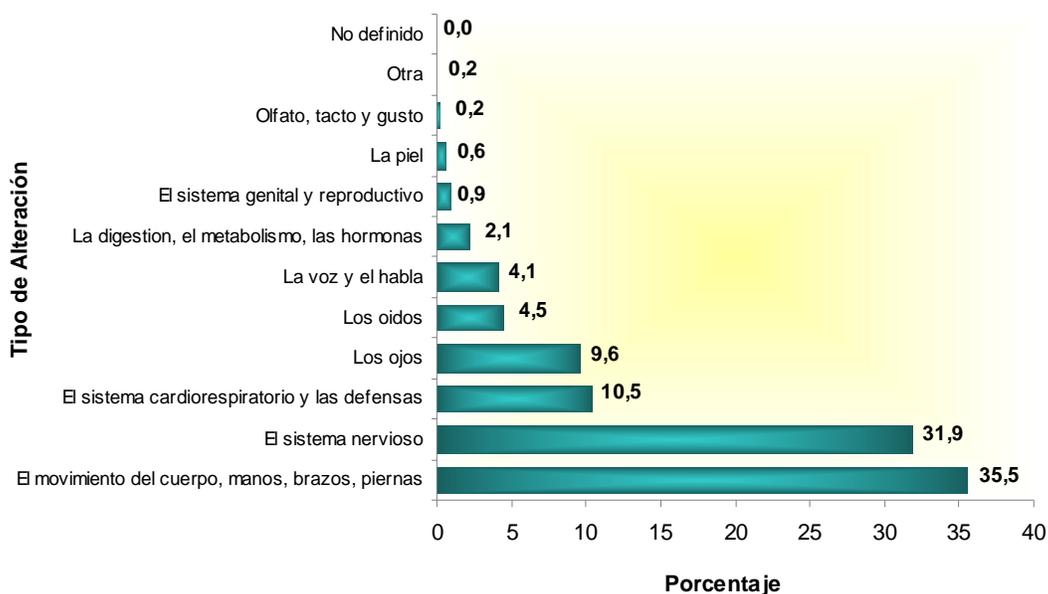


Figura 3. Distribución porcentual del tipo de alteración permanente de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Al realizar la observación por subregión se encuentra que en el Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Occidente y Urabá, el tercer tipo de alteración más frecuente deja de ser las relacionadas con el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, para dar paso a las alteraciones de los ojos. En las subregiones restantes el comportamiento del tipo de alteraciones más frecuentes es el descrito inicialmente.

Como era de esperarse por el gran tamaño de sus municipios, el Valle de Aburrá es la subregión con mayor número de casos de personas con discapacidad, equivalente al 58,9% del total de casos identificados en el Departamento; seguido de la subregión de Oriente (10,8%) y de Suroeste (8%); es por esta razón que cuando se hace el análisis por cada uno de los tipos de alteraciones permanentes, se nota que estas tres subregiones son las que más aportan al total de casos. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Distribución porcentual del tipo de alteración permanente de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.

SUBREGIÓN	TIPO DE ALTERACIÓN												TOTAL
	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	El sistema genital y reproductivo	El sistema nervioso	La digestión, el metabolismo, las hormonas	La piel	La voz y el habla	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	Los oídos	Los ojos	Otra	No definido	
BAJO CAUCA	984	375	11	460	88	30	208	2	128	416	13		2.715
MAGDALENA MEDIO	1.251	370	25	663	49	17	139	5	160	510	7		3.196
NORDESTE	1.379	330	19	1.087	38	21	215	6	163	462	13		3.733
NORTE	1.681	592	42	1.457	92	36	297	10	206	427	3		4.843
OCCIDENTE	1.849	325	30	1.738	63	24	325	9	329	657	2		5.351
ORIENTE	3.690	1.273	89	4.289	218	68	516	29	535	1.236	9		11.952
SUROESTE	2.767	1.294	65	2.666	236	61	428	9	419	871	13		8.829
URABA	1.754	395	27	1.160	61	47	291	4	213	720	5		4.677
VALLE DE ABURRÁ	23.834	6.600	644	21.611	1.497	330	2.108	136	2.792	5.277	122	3	64.954
TOTAL ANTIOQUIA	39.189	11.554	952	35.131	2.342	634	4.527	210	4.945	10.576	187	3	110.250

Fuente: RPLCPD Ministerio de Salud año 2011

El 79,5% de las personas con discapacidad registradas manifiestan conocer el origen de la discapacidad. La mayoría de los casos se originaron por enfermedad general (46,0%), accidentes (18,2%) y alteraciones genéticas y hereditarias (13,4%). Ver Tabla 4.

El origen de las alteraciones permanentes por enfermedad general es mayor en las mujeres que en los hombres, distinto a lo observado en las alteraciones originadas por accidentes, la cual es mayor en los hombres respecto a las mujeres.

Tabla 4. Distribución porcentual de las causas de la alteración permanente en la población con discapacidad registrada en el departamento de Antioquia al año 2011.

CAUSA DE LA DISCAPACIDAD	NÚMERO	%
ENFERMEDAD EN GENERAL	40.302	46,0%
ACCIDENTE	15.978	18,2%
ALTERACION GENETICA, HEREDITARIA	11.742	13,4%
CONDICIONES DE SALUD DE LA MADRE EN EL EMBARAZO	6.304	7,2%
VICTIMA DE VIOLENCIA	3.539	4,0%
COMPLICACIONES EN EL PARTO	2.583	2,9%
OTRA CAUSA	2.564	2,9%
ENFERMEDAD PROFESIONAL	1.077	1,2%
CONSUMO DE PSICOACTIVOS	1.028	1,2%
DIFICULTADES EN LA PRESTACION	1.020	1,2%
CONFLICTO ARMADO	981	1,1%
LESION AUTOINFLIGIDA	404	0,5%
DESASTRE NATURAL	102	0,1%
TOTAL	87.624	100%

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Discriminando por tipo de accidente que generó la discapacidad, encontramos un alto número de casos producto de accidentes de tránsito (30%), accidentes de trabajo (28%) y de accidentes en el hogar (26%), situación que conlleva a plantear un fortalecimiento de las campañas de prevención de accidentes en estos ámbitos. Llama la atención así mismo la discapacidad producida como consecuencia de la violencia y el conflicto armado, pues aporta 4520 casos (5%).

Las personas registradas que atribuyen su discapacidad al conflicto armado son en su mayoría hombres entre 15 y 44 años y la principal causa dentro de esta clasificación es la discapacidad causada por arma de fuego y minas antipersonales. Ver Tabla 5 y figura 4.

Otro factor que causa discapacidad y que es de nuestra gobernabilidad, es el relacionado con las dificultades en la prestación de los servicios de salud, con 1020 casos (1%). En un menor porcentaje se presentan los accidentes deportivos y los producidos en la escuela, que de todas formas requieren de medidas de intervención.

Tabla 5. Distribución del origen de la discapacidad en la población con discapacidad registrada en el Departamento. Antioquia al año 2011.

ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD		N° de casos	% General	% Especifico
ENFERMEDAD EN GENERAL		40.302	36,6	
ACCIDENTE	De trabajo	4.453		27,9
	De transito accidente	4.836		30,3
	Deportivo	302		1,9
	En el centro educativo	133	14,5	0,8
	En el hogar	4.122		25,8
	No Definido	2		0,0
	Otro tipo de Accidente	2.130		13,3
TOTAL ACCIDENTES		15.978		100,0
ALTERACION GENETICA, HEREDITARIA		11.742	10,7	
CONDICIONES DE SALUD DE LA MADRE EN EL EMBARAZO		6.304	5,7	
VICTIMA DE VIOLENCIA	Al interior del hogar	457		12,9
	Delincuencia comun	2.152		60,8
	No Definido	1	3,2	0,0
	Otra	181		5,1
	Social	748		21,1
TOTAL VICTIMA DE VIOLENCIA		3.539		100,0
COMPLICACIONES EN EL PARTO		2.583	2,3	
ENFERMEDAD PROFESIONAL	Organización del trabajo	32		3,0
	Carga de trabajo fisica	282		26,2
	Condiciones de seguridad	155		14,4
	Contaminantes	126	1,0	11,7
	Medio ambiente fisico del lugar	341		31,7
	No Definido	1		0,1
	Otra causa	140		13,0
TOTAL ENFERMEDAD PROFESIONAL		1.077		100,0
CONSUMO DE PSICOACTIVOS	No Definido	1		0,1
	Psicoactivos aceptados	611	0,9	59,4
	Psicoactivos no aceptados	416		40,5
TOTAL CONSUMO DE PSICOACTIVOS		1.028		100,0
DIFICULTADES EN LA PRESTACION	Equivocacion en el diagnostico	108		10,6
	Atencion medica oportuna	176		17,3
	Deficiencias en la calidad de la atencion	419		41,1
	Formulacion o aplicación equivocada	228	0,9	22,4
	No Definido	6		0,6
	Otra	83		8,1
	TOTAL DIFICULTADES EN LA PRESTACIÓN		1.020	
CONFLICTO ARMADO	Otro tipo de arma	94		9,6
	Arma de fuego	658		67,1
	Bomba	75	0,9	7,6
	Minas antipersonales	153		15,6
	No Definido	1		0,1
TOTAL CONFLICTO ARMADO		981		100,0
LESION AUTOINFLIGIDA		404	0,4	
DESASTRE NATURAL	Deslizamiento	36		35,3
	Inundacion	11		10,8
	Otro desastre natural	45	0,1	44,1
	Terremoto	10		9,8
TOTAL DESASTRE NATURAL		102		100,0
OTRA CAUSA		2.564	2,3	
DESCONOCE EL ORIGEN		22.626	20,5	
TOTAL		110.250	100,0	

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

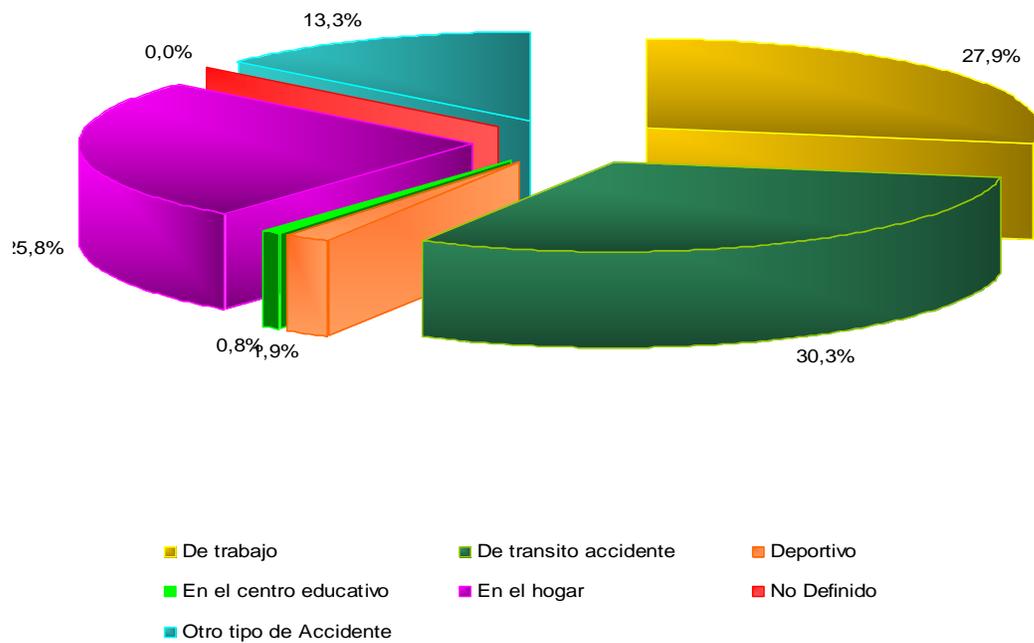


Figura 4. Distribución porcentual según el tipo de accidente que generó la discapacidad. Antioquia
Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Salud y seguridad social

El 85,4% de las personas con discapacidad registradas, están afiliadas al sistema de salud (94.180 personas). Como era de suponerse y en concordancia con la situación de pobreza y desempleo evidenciada en este tipo de población, más de la mitad de estas afiliaciones pertenecen al régimen subsidiado (54,1%). El 26,4% de los afiliados pertenecen al régimen contributivo y el 16,2% corresponde a población desvinculada del Sistema. Este hecho es relevante por la alta vulnerabilidad y necesidad de atención en salud que posibilite la rehabilitación de este grupo poblacional. Ver Figura 5.

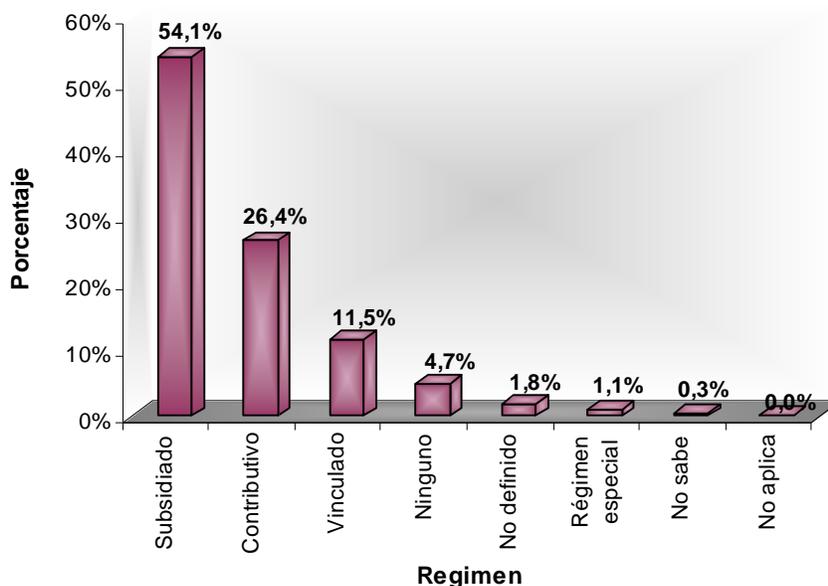


Figura 5. Distribución porcentual del tipo de afiliación en salud de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

El comportamiento por subregión de la afiliación a salud de las personas con discapacidad, presenta una distribución similar a la encontrada en el análisis global por número de casos, es decir las tres subregiones en donde se presenta mayor afiliación son el Valle de Aburrá, el Oriente y el Suroeste. De igual manera, el porcentaje de aseguramiento al sistema es menor en las subregiones de Bajo Cauca con el 71%, Urabá con el 74% y Nordeste con el 76%. Ver Tabla 6.

Tabla 6. Distribución porcentual de la afiliación en salud de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.

SUBREGIÓN	SI		NO		NO DEFINIDO	
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO CAUCA	1.929	2,0%	786	4,9%		0,0%
MAGDALENA MEDIO	2.455	2,6%	741	4,6%		0,0%
NORDESTE	2.808	3,0%	925	5,8%		0,0%
NORTE	4.075	4,3%	768	4,8%		0,0%
OCCIDENTE	4.373	4,6%	978	6,1%		0,0%
ORIENTE	10.100	10,7%	1.851	11,5%	1	7,7%
SUROESTE	7.008	7,4%	1.821	11,3%		0,0%
URABA	3.458	3,7%	1.216	7,6%	3	23,1%
VALLE DE ABURRA	57.974	61,6%	6.971	43,4%	9	69,2%
TOTAL	94.180	100%	16.057	100%	13	100%

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

La clasificación de la población con discapacidad según el SISBEN, muestra una vez más, la condición de pobreza en la que se encuentra la mayoría de estas personas. El 90,5 de las personas identificadas están clasificados en los niveles I, II y III de este sistema. Solo en el nivel I se encuentra la mitad de estas personas (50.4%), seguido del nivel II (37,6%) y en una menor proporción del nivel III (2,5%). Ver tabla 7.

Tabla 7. Distribución porcentual del nivel del SISBEN de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

NIVEL DEL SISBEN	NÚMERO	%
NIVEL I	55.611	50,4%
NIVEL II	41.454	37,6%
NIVEL III	2.734	2,5%
NIVEL IV	293	0,3%
NO APLICA	867	0,8%
NO DEFINIDO	226	0,2%
NR - NO REPORTADO	9.065	8,2%
TOTAL	110250	100%

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Para la población con discapacidad contar con la posibilidad de asistir a servicios de rehabilitación se convierte en una oportunidad para mejorar sus condiciones de vida y contar con un goce efectivo de sus derechos.

Más de la mitad de las personas identificadas, exactamente el 59,2% que equivale a 65.268 personas, afirman no asistir a servicios de rehabilitación específicos para su tipo de alteración permanente. La inasistencia puede relacionarse con la ausencia de este tipo de servicios en los municipios de residencia, pues tan solo

en el 11.9% de los casos se cuenta con los servicios de rehabilitación en el mismo lugar de residencia sin necesidad de traslado intermunicipal y de realizar gastos adicionales inherentes al desplazamiento.

El análisis de la situación de la oferta por subregiones establece que en el Valle de Aburrá hay mayor disponibilidad de este tipo de servicios (75,7%), lo cual es lógico por tratarse de municipios con un nivel de desarrollo superior y aledaños a la ciudad de Medellín, capital del Departamento con alta concentración de centros médicos especializados en la materia. Se destaca, además del Oriente, la subregión Norte con una de las mayores proporciones de disponibilidad de servicios de rehabilitación.

Paradójicamente cuando se realiza el análisis en la categoría de no disponibilidad de servicios de rehabilitación, se encuentra una importante proporción de personas residentes en la subregión Valle de Aburrá que afirman no contar con los servicios especializados para su tipo de alteración. Esta situación puede presentarse en los municipios diferentes a Medellín y estar relacionada con el tipo de alteración a tratar y con el desconocimiento del derecho a recibir estos servicios, además de otras dificultades para el acceso como la no autorización de la atención. Ver Tabla 8.

No obstante, además de las dificultades de disponibilidad de servicios de rehabilitación, la carencia de tratamientos de este tipo está directamente relacionada con la falta de dinero para el sostenimiento del mismo, producto de la condición de pobreza en la que se encuentra sumida la mayoría de la población con discapacidad. En el 52,3% de los casos las personas atribuyen su inasistencia a esta causa. Ver Tabla 9.

Tabla 8. Distribución porcentual de la disponibilidad de los servicios de rehabilitación en el municipio de residencia para la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.

SUBREGIÓN	NO		NO APLICA		NO DEFINIDO		SI		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
BAJO CAUCA	1.600	3,1%	951	2,1%	16	2,5%	148	1,1%	2.715
MAGDALENA MEDIO	2.061	4,0%	950	2,1%	39	6,0%	146	1,1%	3.196
NORDESTE	2.602	5,1%	1.015	2,3%	29	4,4%	87	0,7%	3.733
NORTE	2.474	4,8%	1.664	3,7%	28	4,3%	677	5,2%	4.843
OCCIDENTE	3.942	7,7%	1.197	2,7%	49	7,5%	163	1,2%	5.351
ORIENTE	6.416	12,5%	4.174	9,3%	107	16,4%	1.255	9,6%	11.952
SUROESTE	5.002	9,7%	3.234	7,2%	78	12,0%	515	3,9%	8.829
URABA	3.096	6,0%	1.340	3,0%	44	6,7%	197	1,5%	4.677
VALLE DE ABURRA	24.295	47,2%	30.462	67,7%	262	40,2%	9.935	75,7%	64.954
TOTAL	51.488	100%	44.987	100%	652	100%	13.123	100%	110.250

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Tabla 9. Distribución porcentual de la causa de no recepción de los servicios de rehabilitación en la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

CAUSA	Nº	%
Falta de dinero	34.115	52,3
No sabe	14.460	22,2
Ya termino la rehabilitacion	5.390	8,3
Cree que ya no la necesita	4.736	7,3
No le gusta	3.194	4,9
El centro de atención queda muy lejos	2.092	3,2
No hay quien lo lleve	1.054	1,6
No aplica	227	0,3
TOTAL	65.268	100

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Educación

En general, el nivel educativo de la población con discapacidad del Departamento es bajo, es preocupante el hecho de que el 35,3% de las personas registradas manifiestan no saber leer ni escribir, más exactamente 38.915 personas identificadas se encuentran en condición de analfabetismo (ver Tabla 10). Esta situación les dificulta aún más la posibilidad de adquirir empleos de mejores condiciones y consecuentemente mejor remunerados para el cambio del nivel de vida.

Tabla 10. Distribución porcentual de la condición de alfabetismo en la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

SABE LEER Y ESCRIBIR	NÚMERO	%
NO	38.915	35,3%
NO APLICA	345	0,3%
NO DEFINIDO	51	0,0%
SI	70.939	64,3%
TOTAL	110.250	100%

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

En el caso de quienes tienen formación educativa, el panorama no es muy alentador por cuanto la mayoría de las personas registradas (34,4%) solo aprobaron la básica primaria como último grado escolar. Es muy reducida la participación de la población con discapacidad en los niveles educativos de secundaria y de formación superior (universitario, técnico y postgrado); así por ejemplo, solo el 2,9% de estas personas han desarrollado un programa para su formación profesional. Ver figura 6.

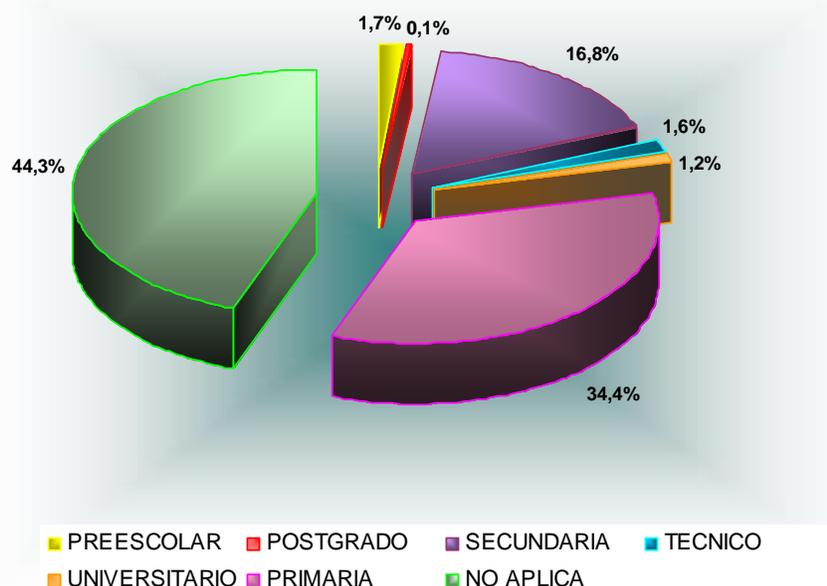


Figura 6. Distribución porcentual del último grado de escolaridad aprobado por la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.
Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Adicional a la situación anteriormente descrita, se encuentra que la asistencia a establecimientos educativos de las personas con discapacidad es muy baja, solo el 10% de las personas registradas lo hacen. Esta situación puede relacionarse fundamentalmente con dos aspectos: la mayoría de quienes se registraron corresponde a adultos que no están en edad escolar y las instituciones educativas no son aptas para la inclusión de este tipo de población con necesidades pedagógicas especiales.

Corroborando esta situación, se evidencia que dos de las principales causas a las cuales las personas con discapacidad atribuyen su inasistencia escolar son por su discapacidad en el 35,6% de los casos y porque ya terminaron su ciclo educativo o consideran que no están en edad escolar en el 18,6% de los casos. Ver Tabla 11.

Tabla 11. Distribución porcentual de las causas por las cuales no asiste a establecimientos educativos la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

CAUSA DE NO ESTUDIO	NÚMERO	%
Por su discapacidad	35.174	35,6%
No aplica	25.216	25,5%
Porque ya termino o considera que no esta en edad escolar	18.345	18,6%
Costos educativos elevados o falta de dinero	5.877	5,9%
No le gusta o no le interesa el estudio	3.729	3,8%
Necesita trabajar	3.360	3,4%
Otra razon	3.353	3,4%
Por falta de tiempo	1.948	2,0%
No existe centro educativo cercano	793	0,8%
Su familia no quiere que estudie	756	0,8%
Perdio el año o fue expulsado	157	0,2%
Falta de cupos	108	0,1%
No aprobo el examen de ingreso	74	0,1%
TOTAL	98.890	100%

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

La distribución de la participación en el sector escolar por subregiones presenta el mismo comportamiento detectado en análisis anteriores, estando relacionado directamente con la cantidad de casos registrados en cada una de ellas. Así entonces, el Valle de Aburrá, el Oriente y el Suroeste son las subregiones que más aportan a los totales de asistencia e inasistencia. Ver Tabla 12.

Tabla 12. Distribución porcentual de la asistencia a establecimientos educativos de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.

SUBREGIÓN	NO		NO APLICA		NO DEFINIDO		SI		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
BAJO CAUCA	2.499	2,5%	21	6,1%	1	4,2%	194	1,8%	2.715
MAGDALENA MEDIO	2.938	3,0%	10	2,9%	1	4,2%	247	2,2%	3.196
NORDESTE	3.375	3,4%	18	5,2%	3	12,5%	337	3,1%	3.733
NORTE	4.195	4,2%	18	5,2%		0,0%	630	5,7%	4.843
OCCIDENTE	4.840	4,9%	20	5,8%	2	8,3%	489	4,4%	5.351
ORIENTE	10.650	10,8%	36	10,4%	4	16,7%	1.262	11,5%	11.952
SUROESTE	8.114	8,2%	27	7,8%		0,0%	688	6,3%	8.829
URABA	4.316	4,4%	28	8,1%	2	8,3%	331	3,0%	4.677
VALLE DE ABURRA	57.963	58,6%	167	48,4%	11	45,8%	6.813	62,0%	64.954
TOTAL	98.890	100%	345	100%	24	100%	10.991	100%	110.250

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Aunque el 42,5% de las personas identificadas opinan que la educación recibida responde a sus necesidades, es importante tener en cuenta la apreciación del 25,5% de ellos que afirman todo lo contrario y realizar una exploración más

profunda de las razones por las cuales puede presentarse la inasistencia escolar en este grupo poblacional específico.

Es realmente necesaria la construcción y ejecución de políticas públicas que busquen la inclusión de la población con discapacidad al sistema educativo y que consecuentemente propicien el mejoramiento de su calidad de vida y el de su entorno familiar. Se deben diseñar estrategias que, entre otras cosas, permitan adecuar las plantas físicas, formar docentes de apoyo pedagógico y disminuir o eliminar los costos de matrículas y mensualidades, todo ello de acuerdo a las necesidades particulares de esta población.

Productividad

Del total de personas con discapacidad identificadas en el Departamento, el 16,8% tienen personas a cargo, situación preocupante teniendo en cuenta el nivel de desocupación laboral que afecta a este grupo de población. Las cifras así lo indican, pues solo el 12,7% de las personas registradas señalan estar en condiciones ocupacionales que pueden generar algún tipo de ingresos para el sostenimiento personal y familiar.

Al respecto se evidencia que las personas ocupadas laboralmente, se desempeñan principalmente como trabajadores por cuenta propia, jornaleros o peones u obreros – empleados particulares. Ver Tabla 13.

En concordancia con este tipo de desempeños, se encuentra que este grupo de personas laboran principalmente en actividades económicas de carácter agrícola (4,3%), de servicios (2,8%) y comercial (2,5%). Ver tabla 14.

La participación de esta población en actividades de tipo agrícola se realiza en mayor proporción en subregiones diferentes al Valle de Aburrá, principalmente en el Oriente (24,7% del total de trabajadores del sector con discapacidad), el Occidente (18,8%) y el Suroeste Antioqueño (16,2%). Caso contrario al comportamiento de la participación en actividades comerciales y de servicios que es indiscutiblemente muy superior en el Valle de Aburrá y se atribuye al nivel de desarrollo económico de los municipios que conforman la subregión.

Tabla 13. Distribución porcentual de la condición ocupacional de la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.

CONDICIÓN OCUPACIONAL	NÚMERO	%
Trabajador por cuenta propia	6.069	5,5%
Jornalero o peon	3.464	3,1%
Obrero - empleado particular	2.601	2,4%
Empleado(a) domestico(a)	665	0,6%
Obrero - empleado del gobierno	478	0,4%
Trabajador familiar sin remuneracion	464	0,4%
Patron o empleador	219	0,2%
No aplica	240	0,2%
No definido	96.050	87,1%
TOTAL	110250	100%

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Tabla 14. Distribución porcentual de la actividad económica en la cual trabaja al momento del registro la población con discapacidad identificada en el Departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.

SUBREGION	ACTIVIDAD ECONOMICA								TOTAL
	Agricola	Comercio	Industria	Otra actividad	Pecuaría	Servicios	No definido	No aplica	
BAJO CAUCA	154	156	29	153	10	127	2.071	15	2.715
MAGDALENA MEDIO	149	116	31	137	27	161	2.568	7	3.196
NORDESTE	428	87	12	234	11	103	2.830	28	3.733
NORTE	670	136	24	111	44	129	3.705	24	4.843
OCCIDENTE	895	68	25	152	8	91	4.084	28	5.351
ORIENTE	1.179	182	66	278	26	254	9.938	29	11.952
SUROESTE	772	199	48	147	15	270	7.343	35	8.829
URABA	340	146	42	117	31	181	3.797	23	4.677
VALLE DE ABURRA	179	1.693	707	776	17	1.786	59.714	82	64.954
TOTAL	4.766	2.783	984	2.105	189	3.102	96.050	271	110.250

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Los bajos ingresos percibidos por la población con discapacidad, en asocio con la condición de poca ocupación laboral que la caracteriza, aumenta el nivel de pobreza ya evidenciado y dificulta el mejoramiento de las condiciones de vida de estas personas y de su grupo familiar.

En más de la mitad de los casos, aproximadamente el 60%, no se percibe ingreso alguno y entre quienes si obtienen recursos de carácter financiero la mayoría acceden a menos de un salario mínimo legal vigente (83,2% del total de personas con discapacidad que perciben ingresos). Naturalmente esta realidad está directamente relacionada con el bajo nivel educativo de este grupo poblacional, las pocas oportunidades laborales disponibles y la carencia de políticas públicas para la atención, rehabilitación e inclusión educativa y laboral. Ver Figura 7.

Las personas con discapacidad con mejores niveles de ingresos residen principalmente en regiones cuyos municipios presentan un mayor desarrollo urbano y económico, en los cuales probablemente es más propicio el desempeño académico y profesional de esta población con características especiales. Ver Tabla 15.

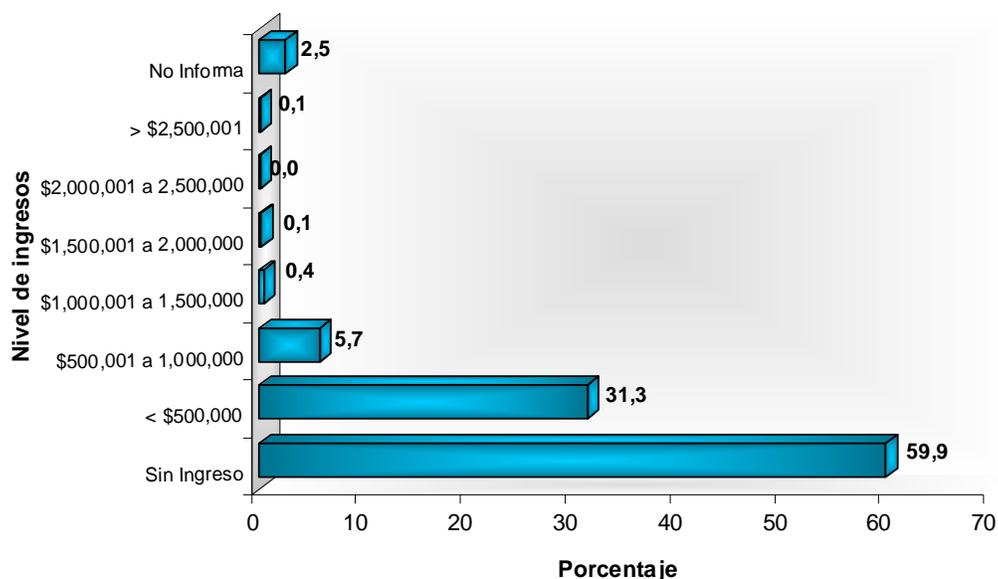


Figura 7. Distribución porcentual del nivel de ingresos percibidos por la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011.
Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Tabla 15. Distribución porcentual del nivel de ingresos percibidos por la población con discapacidad registrada en el Departamento de Antioquia al año 2011, según subregión.

SUBREGIÓN	Sin Ingreso	Menos de \$500,000	De \$500,001 a 1,000,000	De \$1,000,001 a 1,500,000	De \$1,500,001 a 2,000,000	De \$2,000,001 a 2,500,000	Más de \$2,500,001	No Informa	TOTAL
BAJO CAUCA	1.733	909	57	12	4				2.715
MAGDALENA MEDIO	1.529	1.609	44	4	1			9	3.196
NORDESTE	1.811	1.843	51	4	4	1		19	3.733
NORTE	2.722	1.828	60	13	2	2	1	215	4.843
OCCIDENTE	3.623	1.686	33	6	2			1	5.351
ORIENTE	6.691	4.688	94	14	2	2	6	455	11.952
SUROESTE	5.165	3.126	80	7	8	1	1	441	8.829
URABA	2.079	2.554	32	8	1		1	2	4.677
VALLE DE ABURRA	40.653	16.287	5.853	332	122	31	70	1.606	64.954
TOTAL	66.006	34.530	6.304	400	146	37	79	2.748	110.250

Fuente: RPLCPD. Ministerio de Salud año 2011

Diagnóstico de necesidades sentidas por regional

Durante el año 2011, se realizaron nueve encuentros subregionales, en el marco de “La Esperanza y la Superación” (Ordenanza 05 de 2001) en los cuales se convocaron a diferentes actores y sectores municipales, quienes identificaron falencias de cada subregión en el tema de discapacidad con el fin de contribuir al fortalecimiento de la política pública departamental de acuerdo con los nuevos lineamientos dados por el Ministerio de la Protección Social a través de la Ley 1145 de 2007.

Los actores convocados fueron personas con discapacidad, líderes de las subregiones, maestras de apoyo, Secretarios de las Direcciones Locales de Salud, entre otros. El total de participantes en los 9 talleres fue de 142 personas, en promedio 16 personas por subregión.

Los hallazgos por subregión fueron los siguientes:

Magdalena Medio

- Deficiente servicio de agua potable en la zona rural.
- Altos niveles de Desnutrición.
- Ausencia de programas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad.
- Falta de programas de prevención del abuso y el maltrato a personas con discapacidad.
- Incremento del número de accidentes de trabajo y tránsito.
- Ausencia de servicios de habilitación y rehabilitación.
- Presencia de personas con discapacidad aún sin documento de identidad por consiguiente sin seguridad social.
- Bajos niveles educativos de personas con discapacidad y sus familias.
- Falta de empoderamiento de las personas con discapacidad y sus familias para la participación y la movilización social.
- Falta de programas culturales y deportivos.
- No hay articulación del trabajo entre los entes municipales y la sociedad civil.
- Presencia de barreras arquitectónicas que generan dificultades para la accesibilidad física.

Occidente

- Familias y cuidadores con poca formación en los procesos de acompañamiento y rehabilitación de personas con discapacidad.
- Desconocimiento comunidad en general frente al tema de discapacidad que conlleva a la exclusión social.
- Dificultades para el acceso a la tecnología.

Oriente

- Altos índices de discapacidad a causa de la explotación minera en las zonas de Sonsón, Abejorral y la Unión y por consanguinidad en las zonas de Guarne, San Vicente y Santuario.
- Personas con discapacidad con baja autoestima y afectación emocional.
- Falta formación para el empleo y propuestas productivas para las personas con discapacidad y sus familias.
- Ausencia de programas en educación sexual para personas con discapacidad y sus familias.
- Falta de formación a las familias de las personas con discapacidad para que se involucren en los procesos de educación inclusiva.
- Presencia de barreras para el transporte, la comunicación y el acceso a la tecnología.
- Inoperancia de los Comités Municipales de Discapacidad de acuerdo a la norma.
- Escasa de gestión por parte del municipio para la adopción de una Política Pública.

Norte

- Presencia de minas antipersonales y el conflicto armado.
- Exclusión de personas con discapacidad de los programas de salud pública en área rural. Se hace necesario fortalecer los programas de vacunación y atención en el área rural.
- Desconocimiento derecho y deberes y mecanismos de participación.
- Se requiere el fortalecimiento de las asociaciones de Personas con discapacidad en participación, liderazgo y autogestión.

Bajo Cauca

- Existe la necesidad de creación del banco de ayudas técnicas para dar respuesta a población que las requieren.
- Se precisó aumentar la oferta de especialistas que cubran las demandas de la población con discapacidad y las necesidades de apoyo psicosocial.
- Riesgo predominante en la presencia de minas antipersonales, por lo cual se requiere de programas educativos en el riesgo de minas antipersonas y municiones sin explotar (MAP Y MUSE).
- Poca formación a cuidadores en el manejo de la discapacidad y goce efectivo de derechos.
- Ausencia de programas de apoyo a la inclusión educativa, a la preparación para el empleo y para la generación de ingresos.
- Alto nivel de analfabetismo en las personas con discapacidad.
- Inadecuadas condiciones de vivienda de las pcd.
- Fortalecimiento de asociaciones de personas con discapacidad.
- Prestación ineficiente de servicios de salud para las personas con discapacidad.
- Ausencia de mecanismos de control social.

Urabá

- Alto riesgo de minas antipersonal, por lo cual se requiere de programas de prevención en MAP y MUSE,
- Riesgo de discapacidad, como consecuencia de fumigaciones.
- Poca participación ciudadana, liderazgo y autogestión

Suroeste

- Baja cobertura de aseguramiento. Existencia de personas con discapacidad no afiliadas al sistema de salud.
- Poca capacidad de autogestión de las personas con discapacidad y sus familias.
- Presencia de mendicidad.
- Alto índice de deserción escolar de los niños con discapacidad.
- Maestros sin formación para la inclusión educativa.
- Escaso reconocimiento a este grupo poblacional.

Nordeste

- Se identifican riesgos de discapacidad por origen profesional en los productores de panela en el municipio de Cisneros.
- Alta accidentalidad en carreteras.
- Exclusión educativa de niños con discapacidad.
- Falta de acciones para formación de maestros y gestión de apoyos pedagógicos que faciliten la permanencia de los niños y niñas en las aulas escolares.
- No hay claridad de las entidades de salud, frente al goce efectivo de derechos para lo cual se requieren acciones de formación sobre ley 1145, Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, formación a actores.

Área Metropolitana

- Embarazos en niñas con discapacidad.
- Ampliación de oferta de los programas que ofrecen las administraciones municipales.
- Incremento de discapacidad mental (depresión entre otras).
- Se requiere garantizar la permanencia en la escolaridad de los niños con discapacidad.
- Baja cobertura en las aulas regulares para el ingreso y permanencia de niños y niñas.
- Resaltan la necesidad de que se haga seguimiento al acceso de servicios de salud a las entidades aseguradoras.
- Desconocimiento de la política pública en organismos estatales, privados y sociedad civil.

Conclusiones

- El Registro de localización y caracterización se convierte en una herramienta importante y que en la medida que se hagan los ajustes pertinentes, arrojará información valiosa y actual sobre la situación de discapacidad.
- En Antioquia la discapacidad se presenta con mayor frecuencia en hombres, en todas las edades, con excepción en los mayores de 60 años, en donde son más las mujeres afectadas, como consecuencia de enfermedad general.
- La información revisada permite ratificar que la mayoría de las personas con discapacidad, pertenece a la población vulnerable de los niveles 1, 2 y 3 del

SISBEN y que corresponde también con los estratos 1,2 y 3 de las viviendas. Esta situación también es coherente con el nivel de ingresos, pues la mayoría no percibe ingresos o está por debajo de un salario mínimo.

- Las alteraciones más frecuentes en la población con discapacidad del Departamento de Antioquia son las relacionadas con la función motora del cuerpo, manos, brazos, piernas (35,5%); con el sistema nervioso (31,9%); con el sistema cardiorrespiratorio (10,5%) y con los ojos (9.6%).
- La mayoría de los casos de discapacidad se originaron por enfermedad general (46,0%), accidentes (18,2%) y alteraciones genéticas y hereditarias (13,4%).
- Los accidentes más frecuentes fueron en su orden: Accidentes de tránsito (30%), accidentes de trabajo (28%) y accidentes en el hogar (26%).
- El 80.5% de la población con discapacidad, se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad social en Salud. (Subsidiado 54.1%, Contributivo 26.4%)
- Si bien hay un buen nivel de aseguramiento, el 59.2% reporta tener dificultades para acceder a servicios de rehabilitación, como consecuencia de la poca disponibilidad y a la condición de pobreza.
- El 35,3% de las personas registradas manifiestan no saber leer ni escribir, más exactamente 38.915 personas identificadas se encuentran en condición de analfabetismo.
- El 34.4% de las personas con discapacidad tiene como último nivel educativo la primaria.

Recomendaciones

- Conformación del Comité Departamental de discapacidad, como nivel de concertación, seguimiento y verificación de la Política Pública de discapacidad.
- Acompañamiento a los entes municipales en el proceso de conformación y adecuación de los Comités de discapacidad.
- Se hace prioritario capacitar a las DLS en la actualización del registro a nivel municipal.
- Fortalecer y articular el trabajo en salud pública.

- Definir lineamientos técnicos para ser incluidos en el eje de promoción social de los Planes territoriales de salud pública.

ADULTO MAYOR GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Reseña Histórica

Hasta 1967, los mal denominados “Asilos”, fueron financiados por la acción filantrópica de la comunidad y las comunidades religiosas, que en general fueron también las promotoras de su creación, y como tal su funcionamiento era apoyado económicamente por la Beneficencia de Antioquia, que como se recuerda también financiaba los hospitales.

Ante la creación del entonces Servicio Seccional de Salud de Antioquia en el año de 1967, con el objetivo de atender la Salud del Departamento todas las instituciones hospitalarias y asistenciales pasaron como dependencia de esta entidad, quien continuó financiando su funcionamiento como entidades de salud.

En 1975 con la creación del Sistema Nacional de Salud, los Asilos se denominaron Centros de Bienestar del Anciano y fueron clasificados como entidades vinculadas al sistema de salud, en consecuencia, al igual que los hospitales, el Servicio Seccional, una vez cumplidos los requisitos exigidos, les entregaba los recursos para su funcionamiento, situación que todavía genera la creencia de que el pasivo prestacional del personal de estas instituciones corresponda pagarlo a la SSSA. Así funcionaron las instituciones por 15 años, básicamente con una intervención asistencial y proteccionista, producto de la beneficencia que ejercían las comunidades religiosas y a nivel del Departamento se iba dando paso al trabajo gerontológico con grupos de jubilados de las empresas y el inicio de la Universidad Católica de Oriente en la formación de gerontólogos profesionales universitarios.

Las transformaciones que enmarcaron el sector salud en la década del 90, por consiguiente afectaron estas instituciones, porque la Ley 10 de 1990, reorganizó el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la administración de los servicios de servicios de salud a cada ente territorial y asignó a las administraciones municipales la responsabilidad de la construcción y mantenimiento de los Centros de Bienestar del Anciano.

Igualmente esta ley dio un nuevo manejo para los auxilios y donaciones que recibirían las entidades privadas que prestaban servicios de salud y entre ellas

estaban los CBA hoy (Centros de Protección para el Adulto Mayor CPSAM), las cuales debían suscribir contratos con los municipios y Departamentos para prestar dichos servicios, teniendo como base el decreto reglamentario 777, que exigía capacidad técnica, científica, administrativa y financiera para poder contratar con el Estado, de lo contrario deberían liquidarse.

Fue entonces cuando la SSSA y el gobierno Departamental buscaron estrategias de apoyo para los CBA como la priorización para la asignación de los estanquillos municipales y la creación de una estampilla hasta por 500 millones de pesos, pero además de lo anterior, se propuso que los CBA fueran asumidos como entidades municipales porque no tenían capacidad de funcionamiento y que se prioriza la institucionalización cumpliendo unos requisitos mínimos y se establecieran programas gerontológicos como estrategia para disminuir la demanda de las familias y los ancianos para el ingreso a las instituciones.

Para garantizar el desarrollo de esos procesos, la SSSA brindó toda la capacitación necesaria y prestó la asesoría permanente. Los resultados fueron muy satisfactorios en lo referente a la creación y funcionamiento de los estanquillos, los cuales generaron utilidades para el funcionamiento institucional sin ninguna dificultad, hasta 1997 que se produjo el cambio en la política de distribución de licores y en la asignación de estanquillos que llevó a la mayoría de los CBA a cerrar el estanquillo, porque las utilidades que se generaban no alcanzaban ni para la administración del mismo. Es a partir de este año cuando se generan las mayores dificultades para los CBA, estando limitados los entes municipales y departamentales para asumir su funcionamiento o continuar siendo entidades privadas. Por este motivo, el apoyo de la SSSA es indirecto a través de donaciones autorizadas y fortalece la atención ambulatoria establecida por la Ley en lo que se define como SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS y ejecutado por los municipios a través de los planes gerontológicos.

Componentes Del Plan Gerontológico

INSTITUCIONAL: Son todas aquellas acciones que se orientan a la satisfacción de las necesidades básicas y fundamentales de los adultos mayores residentes en forma permanente Centros de Protección Social (CPSAM), antes denominados Centros de Bienestar del Anciano (CBA) y Centros Gerontogeríátricos actualmente denominados Instituciones de Atención, Tales como son, alimentación, vestido, techo, salud, afecto, seguridad, acompañamiento, socialización, integración, participación, entre otras.

AMBULATORIO: Programas de Puertas Abiertas (PROPA), programas diurnos, clubes de ancianos, etc. ahora Centros Vida o Centros de Vida, en los cuales los adultos mayores y ancianos, se reúnen durante el día o parte del día, para desarrollar actividades de tipo ocupacional, productivo, recreativo, de salud, de proyección comunitaria y cultural, de acuerdo a los intereses de cada grupo y a las características y recursos del municipio donde se desarrollen.

Los programas ambulatorios son muy recomendados para la población envejeciente y vieja como mecanismo de utilización del tiempo libre y de mantenimiento de su independencia y autonomía, además son de gran utilidad para aquellos ancianos que por necesidades de trabajo o estudio de su grupo familiar, deben permanecer solos durante el día.

Una modalidad de esta atención son los hogares amigos o familias sustitutas.

COMUNITARIO: Se define como el conjunto de acciones realizadas en y con la comunidad para asumir individual y colectivamente el proceso de envejecimiento, a través de la conformación de redes de apoyo familiar, redes de apoyo domiciliario, capacitación de líderes gerontológicos, orientación gerontológica educativa y cabildos de adultos mayores.

Base legal

En Colombia en los últimos años se han implementado políticas gerontológicas y de salud, entre las cuales se destacan, la Ley 29 de 1975, el artículo 12 de la Ley 10 de 1990 que le ordena a las Direcciones Locales de Salud, hacer cumplir las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de instituciones del primer nivel de atención en salud, o para los centros de bienestar del anciano (actualmente denominados Centros de Protección Social para el Adulto Mayor), Centros Día Para Adulto Mayor o Centro Vida e Instituciones de Atención; según la Ley 1315 del año 2009 y las normas Higiénicas Sanitarias previstas en la Ley 9ª de 1979 (artículos 576, 577, 579, 580).

La Constitución Política de Colombia de 1991, no excluye al viejo en ninguno de sus articulados, lo cual es lógico porque el viejo es PERSONA hasta su muerte, pero en su capítulo 1, artículo 13. Dice: "Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades... El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de

grupos discriminados y marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellos se cometan”. El artículo 46, asigna responsabilidad directa al Estado, la Sociedad y la familia para la protección y la asistencia de este grupo poblacional, según la resolución 7020 de 1992 del entonces Ministerio de Salud, la cual promulgó los Derechos de los Ancianos en la República de Colombia.

La Ley 100 de 1993 o de Seguridad Social, en su capítulo 1, artículo 1, dice: “El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que le afecten. En su artículo 3 se lee: El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

El Libro Primero, Sistema General de Pensiones, Capítulo 1, artículo 10, dice que: “El Sistema General de pensiones tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte... propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de la población no cubierta por un sistema de pensiones...”

En el Libro Segundo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, capítulo 2, artículo 157, al hacer referencia al tipo de filiación dice en el numeral 2: “Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado... será la población más pobre y vulnerable del país en las áreas urbana y rural. Tendrán particular importancia dentro de este grupo, personas tales como... las personas mayores de 65 años, los discapacitados... y además personas sin capacidad de pago”.

El Libro Cuarto, Servicios Sociales Complementarios, en su artículo 257, establece un programa de auxilios para los ancianos indigentes, residentes o no en instituciones y en sus artículos 261 y 262 establece que, los municipios o distritos, deberán garantizar la infraestructura necesaria para la atención de los ancianos indigentes y la elaboración de un Plan Municipal de Servicios complementarios para la Tercera Edad, como parte integral del Plan de Desarrollo Municipal. El artículo 262, establece los Servicios Sociales Complementarios como responsabilidad del Estado y con la participación de la comunidad y organizaciones no gubernamentales.

El documento CONPES 2793, establece la responsabilidad de cada uno de los sectores de desarrollo en la atención de los ancianos.

Documentos CONPES Social 70 de mayo 28 y Acuerdo Nro. 244 del 2003 aborda la asistencia económica al Adulto Mayor desprotegido en el país.

Además se destacan la Ley 1251 de noviembre 27 de 2008; por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores en Colombia, la Ley 1276 de enero 5 de 2009; la cual autoriza a las Asambleas departamentales y a los concejos distritales y municipales a emitir una estampilla, la cual se llamará Estampilla para el bienestar del Adulto Mayor, como recurso de obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de programas de prevención y promoción de los Centros de Bienestar del Anciano (actualmente denominados Centros de Protección Social para el Adulto Mayor, e Instituciones de Atención) y Centros Día para Adultos mayores, la Ley 1315 de julio 13 de 2009, establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los Centros de Protección Social para el Adulto Mayor, Centros de Día Para Adulto Mayor o Centro Vida, e Instituciones de Atención, expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

A partir del año de 1994 han surgido tres Resoluciones departamentales que han establecido los requisitos para el funcionamiento de los centros de bienestar del anciano; ellas son: Resolución 5369 de 1994; Resolución 10926 del 2000, derogadas.

Actualmente la Resolución 8333 del 21 de octubre del 2004 y las Resoluciones aclaratorias 9897 de diciembre 2 de 2004 y 10717 de diciembre 14 de 2004 de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, establecen las normas para el funcionamiento de las Instituciones de Atención al Adulto Mayor y Anciano en el Departamento de Antioquia.

Durante los dos últimos censos (1993 y 2005), la población mayor de 60 años en el Departamento de Antioquia presentó un crecimiento del 68.17%, al pasar de 313.328 a 526.949 personas, lo que indica una tasa anual de crecimiento del 5.7%, muy superior a la de crecimiento intercensal de la población total Departamental equivalente al 1.2%. y en la información presentada por los municipios a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social en el año 2010 se tiene un total de población adulta mayor en el Departamento de Antioquia de 650.231, con lo cual evidencia que se mantiene la tendencia.

Crecimiento Población Adulta Mayor De Antioquia

AÑOS 1993-2005-2010

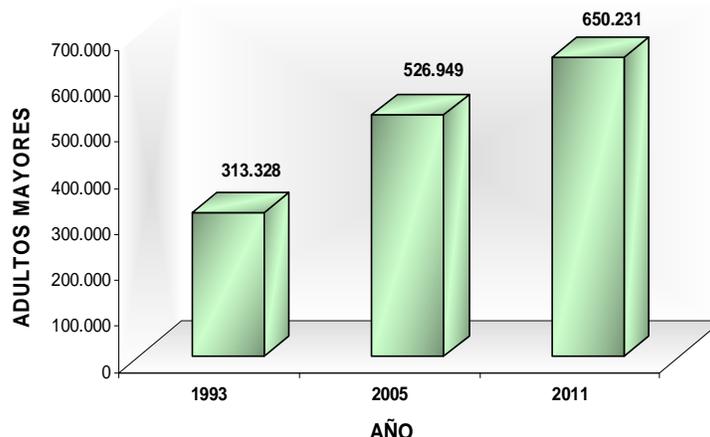


Figura 8. Crecimiento de la población adulta mayor. Antioquia, 1993, 2005 y 2010.
Fuente: Planeación departamental. INFORMACIÓN PRELIMINAR con corte agosto de 2010.

Como se evidencia en el gráfico, hay un aumento de la población adulta mayor y anciana a través del tiempo, que se mantiene acorde con el envejecimiento poblacional y las proyecciones demográficas realizadas para este grupo etáreo.

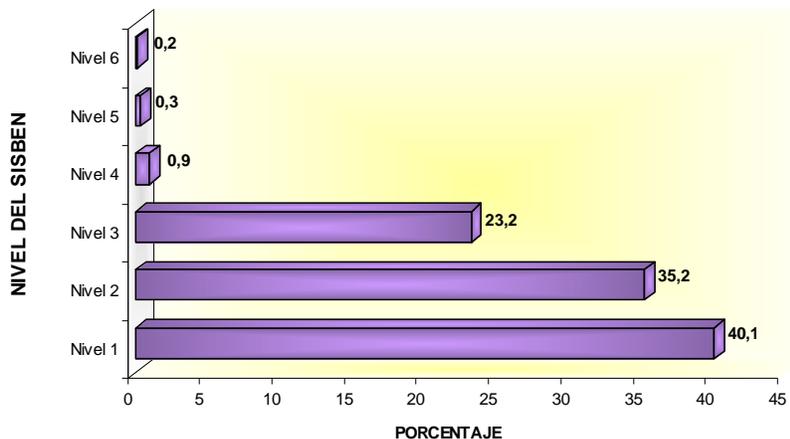


Figura 9. Distribución porcentual de los adultos mayores según nivel del SISBEN. Antioquia 2010.
Fuente: Planeación Departamental. INFORMACIÓN PRELIMINAR con corte agosto de 2010.

El acelerado crecimiento de la población adulta mayor y anciana en condiciones de dependencia, ha tenido implicaciones sociales y económicas expresadas en el

desmejoramiento de su calidad de vida, que se expresa en altas tasas de pobreza, dado que el 75.3% de ellos se ubica en los niveles I y II del SISBEN.

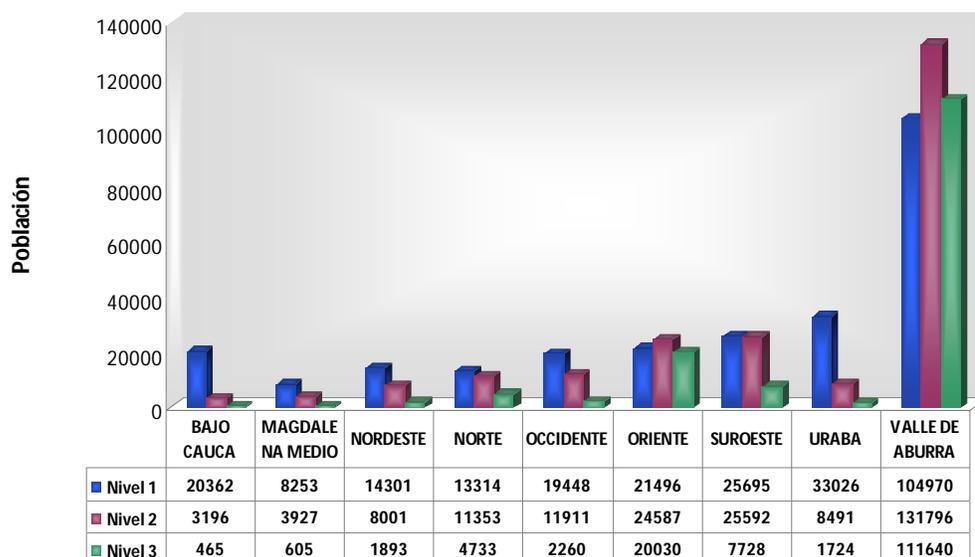


Figura 10. Distribución de los adultos mayores niveles 1, 2 y 3 por Subregiones del SISBEN. Antioquia 2010.
Fuente: Planeación Departamental. INFORMACIÓN PRELIMINAR con corte agosto de 2010.

La distribución de los niveles del SISBEN de mayor representatividad se encuentra el del nivel 1 en las subregiones de Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, occidente y Urabá; la subregión de Oriente presenta un número similar de distribución en los tres niveles. La subregión del Suroeste muestra una distribución igual para los niveles 1 y 2 y con muy bajo número de adultos mayores sisbenizados en el nivel 3.

En la subregión del Valle de Aburrá, se evidencia la representatividad de la distribución de los adultos mayores en el nivel 1, pero es superado por la distribución en los niveles 2 y 3; es de anotar que esta distribución aparece en mayor número en esta región acorde con el grupo poblacional de adultos mayores concentrados allí.

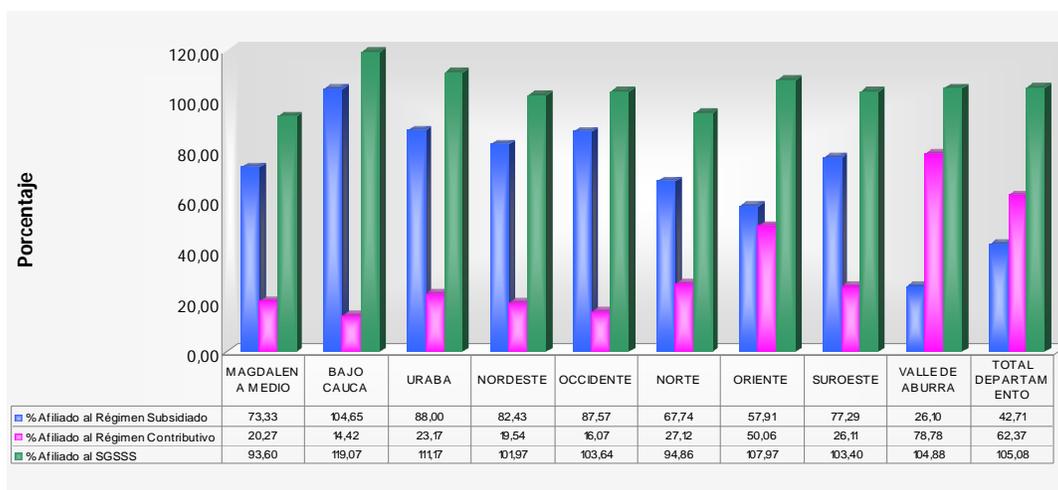


Figura 11. Distribución Porcentual de los adultos mayores por cobertura de afiliación al SGSSS, según proyección DANE Antioquia 2010.

Fuente: FOSYGA BDUA diciembre de 2010.

En lo referente a la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, se encuentra que el porcentaje de adultos mayores afiliados al Régimen Subsidiado es superior al porcentaje de afiliación al régimen contributivo en ocho (8) regiones del Departamento, exceptuando Valle de Aburrá. Las subregiones donde se evidencia mayor presencia de adultos mayores subsidiados son Bajo Cauca, Urabá y Occidente en su orden.

Es importante resaltar que para el año 2010, el 105.8% de la población adulta mayor del Departamento se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, factor que contribuye al bienestar y calidad de vida de la población adulta mayor. Igualmente los datos muestran en su mayoría una población envejeciente que dependen del subsidio en salud, lo que indica mayor vulnerabilidad y pobreza en este grupo poblacional para enfrentar estados crónicos de enfermedad que requieren altos costos e inversión.

Tabla 16. Distribución de los adultos mayores por Subregión y cobertura de afiliación al SGSSS, según proyección DANE Antioquia 2010.

REGION / MUNICIPIO	Población Departamento	Población 60 años y más	Régimen Subsidiado	% Afiliado al Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	% Afiliado al Régimen Contributivo	Total afiliados SGSSS	% Afiliado al SGSSS
MAGDALENA MEDIO	107450	10418	7639	73.33	2112	20.27	9751	93.60
BAJO CAUCA	269691	15834	16570	104.65	2283	14.42	18853	119.07
URABA	580268	31005	27283	88.00	7185	23.17	34468	111.17
NORDESTE	178922	15931	13132	82.43	3113	19.54	16245	101.97
OCCIDENTE	200298	20527	17976	87.57	3298	16.07	21274	103.64
NORTE	248003	21917	14847	67.74	5943	27.12	20790	94.86
ORIENTE	561089	53686	31087	57.91	26877	50.06	57964	107.97
SUROESTE	375422	37617	29074	77.29	9822	26.11	38896	103.40
VALLE DE ABURRA	3544703	416940	108836	26.10	328466	78.78	437302	104.88
TOTAL DEPARTAMENTO	6065846	623875	266444	42.71	389099	62.37	655543	105.08

Fuente: FOSYGA BDU A diciembre de 2010.

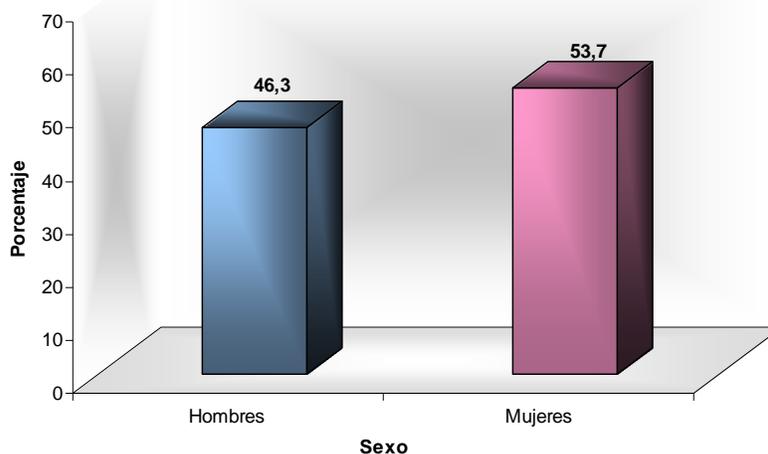


Figura 12. Distribución porcentual de la población adulta mayor por sexo. Antioquia 2010
Fuente: Planeación Departamental. INFORMACIÓN PRELIMINAR con corte agosto de 2010.

Se evidencia un mayor porcentaje de población adulta mayor de sexo femenino, equivalente al 55%, el porcentaje de población adulta mayor masculina equivale al 45%. Estos datos muestran como la proyección demográfica realizada para este grupo etáreo presenta una mayor feminización del envejecimiento.

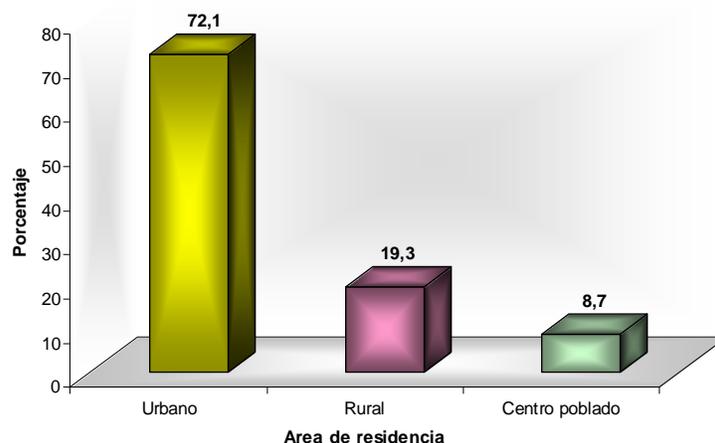


Figura 13. Distribución porcentual según área de residencia de la población adulta mayor. Antioquia 2010.
Fuente: Planeación Departamental. INFORMACIÓN PRELIMINAR con corte agosto de 2010.

La población adulta mayor está en mayor porcentaje ubicada en la zona urbana con el 72.1%, y con menor presencia en la zona rural con el 27.9 %; se destaca que el mayor número de adultos mayores está clasificado en los niveles 1 y 2 del SISBEN, lo que demanda del Estado unas adecuadas políticas de atención.

Desde el programa del adulto mayor- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social del Departamento de Antioquia se trabaja con el siguiente objetivo específico: “Mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor y anciana del Departamento de Antioquia”.

La población adulta mayor y anciana actual de Antioquia muestra un deterioro en sus condiciones de vida expresado entre otros factores en:

- Escasas oportunidades para acceder a la educación básica y superior, lo cual se refleja en una tasa de analfabetismo del 12.54% (Encuesta de Calidad de Vida, 2011). Los bajos niveles educativos se traducen en pocas oportunidades de empleo de calidad y precarios ingresos que no permitan a la población vieja y anciana acceder a seguridad social en salud y a una pensión, condiciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Bajas coberturas de atención en salud. En el año 2009 de 597.883 adultos mayores del Departamento el 14% correspondiente a 837 adultos mayores, no estaban afiliados a la seguridad social en salud, asunto que resulta de la mayor importancia en este grupo poblacional.
- Exclusión del adulto mayor y anciano de los escenarios de participación para la formulación y presentación de iniciativas relacionadas con sus necesidades, riesgos y problemáticas.

Para ello se propone:

- Mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor y anciana
- Ampliar la cobertura de aseguramiento en salud y desarrollar programas de atención y prevención en las patologías propias de la edad.
- Propiciar la creación y el fortalecimiento de los espacios de participación (cabildos municipales de adultos mayores y ancianos).
- Disminuir la tasa de analfabetismo y apoyar la cofinanciación de programas de educación no formal dirigidos a la población adulta mayor y anciana.
- Desarrollo de proyectos productivos que a la vez permitan el aprovechamiento del tiempo libre.

Para el logro de estos objetivos se adelantan los siguientes proyectos:

Programa 1: Desarrollo de Subprogramas y Proyectos Para la Atención Integral del Adulto Mayor y el Anciano.

A los municipios les corresponde, entre otras competencias, promover el mejoramiento social y cultural de sus habitantes, dentro de los cuales están obviamente los adultos mayores y los ancianos. Para ello se requiere la realización de acciones conjuntas orientadas a la construcción de escenarios de vida saludable, que generan en la población mayor un envejecimiento con bienestar, optimizando recursos humanos, técnicos y financieros, para este propósito el Departamento cofinancia con los municipios el desarrollo de subprogramas y proyectos.

Con el desarrollo de los proyectos presentados por los municipios se fomentan los espacios de aprendizaje e interacción social, el fortalecimiento del reconocimiento y espacio en la sociedad actual, los proyectos pueden ser:

Componente productivos: se cofinancian proyectos productivos en los municipios que las condiciones de los adultos mayores lo requiera y permita y se garantice su continuidad en:

- ✓ Elaboración de Escobas
- ✓ Traperos
- ✓ Cepillos
- ✓ Abarcas

- ✓ Sombreros
- ✓ Cubrelechos
- ✓ Almohadas
- ✓ Bolsas Plásticas
- ✓ Panadería
- ✓ Galpones
- ✓ Huertas
- ✓ Porquerizas
- ✓ Elaboración de Jabones
- ✓ Elaboración de Tarjetas
- ✓ Talla en madera
- ✓ Elaboración de conservas y otros.

Componente de educación no formal:

Entendiéndose cómo las actividades educativas dirigidas a la población adulta mayor, de forma organizada y sistemática realizada fuera del marco del ámbito oficial, para facilitar procesos de aprendizaje encaminados a favorecer los intereses de los individuos en su proceso de envejecimiento y en la vivencia de la etapa de la vejez, dentro de las temáticas desarrolladas en este componente se encuentran: la educación para la actividad física, la actividad ocupacional, el retiro laboral, hábitos y estilos de vida saludable, prevención de enfermedades, reflexión acerca del fenómeno universal del envejecimiento, la aceptación de las limitaciones que empiezan a aparecer en esta etapa; además se brinda educación en la alfabetización en lecto-escritura y en el acercamiento a las nuevas tecnologías de sistemas buscando eliminar las barreras de la tecnología que impiden la interacción socio familiar en el adulto mayor.

Dentro de este componente, la educación no formal permite adquirir y acumular conocimientos y habilidades mediante las experiencias diarias y la relación con el medio ambiente y su entorno.

Componente de Utilización adecuada del tiempo libre:

En este componente se fomenta y se potencia la autonomía en el adulto mayor, la capacidad de sentirse útil y la adecuada utilización del tiempo libre, mediante la realización de talleres de manualidades, pintura bordado, música, Mantenimiento físico, y otros.

Componente de mejoramiento nutricional:

Se posibilita complementar el consumo de nutrientes para el funcionamiento del organismo; igualmente éste contribuye a prevenir el surgimiento de algunas de las enfermedades más frecuentes en adultos mayores por sus niveles de desnutrición.

Ante el incremento progresivo en el número de personas adultas mayores, uno de los mayores retos que se presentan consiste en lograr que las personas de edad avanzada tengan la oportunidad de conservar su salud, sus capacidades físicas y mentales de manera óptima. En este sentido, las políticas de protección social priorizaron los recursos para mitigar las necesidades básicas de alimentación en este sector poblacional, con paquete nutricional para la población adulta mayor de la zona rural, almuerzo preparado, complemento nutricional y alimentación del centro de protección social para el adulto mayor municipal.

Componente de adecuación y dotación de espacios, infraestructura y construcción de sedes de atención al adulto mayor

Se fortaleció los espacios y ambientes adecuados para que el adulto mayor permanezca en lugares idóneos, sin barreras arquitectónicas para integrar sus vivencias, conocimientos y experiencias en un ambiente propicio y seguro para la integración social a través de la dotación de implementos y enseres de las sedes de atención al adulto mayor municipales, y la adecuación y construcción de espacios físicos, conforme la norma vigente.

Con la dotación se mejoraron las herramientas y los elementos específicos y técnicos para la realización de actividades ocupacionales, deportivas, recreativas y educativas dirigidas a los adultos mayores para la promoción de la salud, prevención de factores de riesgo y ocupación del tiempo libre; buscando un envejecimiento activo y saludable en este sector poblacional.

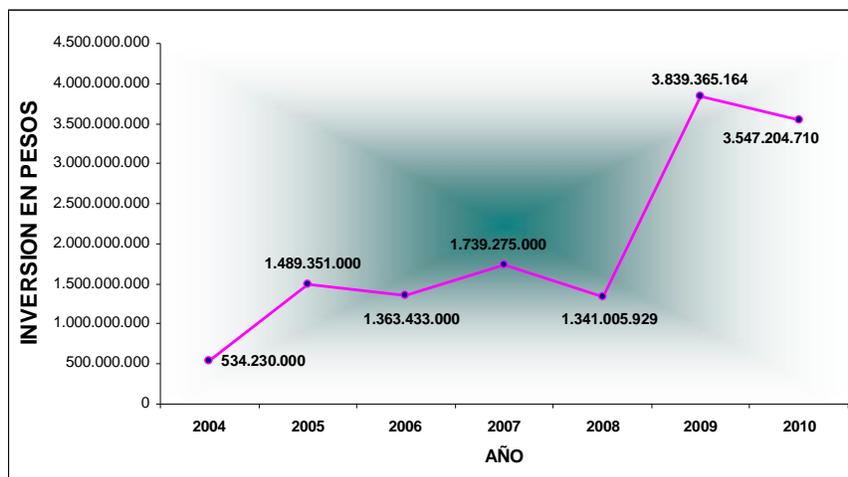


Figura 14. Inversión del programa del adulto mayor en cofinanciación de proyectos. Antioquia, 2004 a 2010
Fuente: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

A las administraciones municipales, se les solicita desde esta Secretaría como requisito para la aprobación de los proyectos, tener un coordinador de Programa, Gerontólogo o del área que garantice la adecuada ejecución del proyecto y la atención integral de la población adulta mayor y anciana institucionalizada en los (Centros de Protección Social para el Adulto Mayor) y de los programas de puertas abiertas (Centros Día) del Departamento de Antioquia.

Los proyectos intervienen y responden a las necesidades particulares de la población adulta mayor niveles 0, I y II del SISBEN de cada municipio, las condiciones higiénico sanitarias de los centros de protección social del adulto mayor.

Programa 2: Promoción, Prevención y Atención a los Riesgos Específicos del Envejecimiento.

El incremento de la población adulta mayor y anciana afectada por procesos crónicos de enfermedad, carencias nutricionales, limitaciones físicas, síquicas y sensoriales, aunado a la deficiente atención en salud, requieren del diseño de estrategias para la promoción, prevención e intervención de las manifestaciones propias del envejecimiento, las que permitirán al adulto mayor y anciano mantener su autonomía e independencia para un envejecimiento con calidad.

En este sentido, desde el programa se desarrollarán acciones encaminadas a:

Rehabilitación en salud oral, con la instalación, educación y seguimiento para el manejo de prótesis dental.

Rehabilitación en Salud Visual, con la intervención en cirugía de catarata y pterigios.

Vacunación, contra la Influenza y el Neumococo.

Apoyo para el mejoramiento de la capacidad motora, con el fortalecimiento de los bancos de ayudas técnicas municipales, los cuales asigna las ayudas a los adultos mayores de escasos recursos.

Mejoramiento nutricional, con la estrategia de cofinanciación de paquete alimentario para la población adulta mayor de la zona rural, almuerzo preparado para los de la zona urbana y el suministro mensual de alimentos al Centro de Protección Social para el Adulto Mayor, en el caso de que exista en el municipio.

Además, se promueve conjuntamente con las administraciones municipales, la implementación de la normatividad vigente por parte de los Centros de Protección Social y Centros Día, los cuales prestan atención ya sea ambulatoria o institucionalizada a esta población, con el objetivo de mejorar la salud física y mental de los adultos mayores y sus familias.

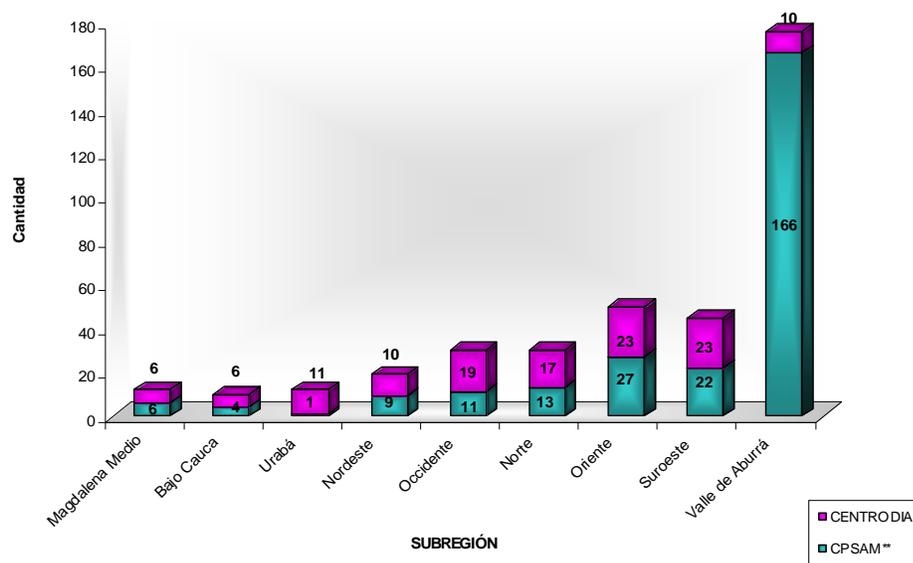
- **CPSAM:** CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR donde están institucionalizados.
- **CENTRO DIA:** Programa Ambulatorio, Clubes de Vida.

Número de centros de Protección Social (CPSAM) y Centros día en el Departamento de Antioquia por subregión.

Tabla 17. Distribución de los CPSAM y los centro día, según población atendida por subregión. Antioquia, 2010.

REGIONES	CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR (CPSAM)		CENTRO DÍA	
	CUENTA CON CPSAM	POBLACIÓN QUE ATIENDE EL CPSAM	CUENTA CON CENTRO DÍA	POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CENTRO DÍA
Magdalena Medio	6	120	6	2570
Bajo Cauca	4	48	6	2744
Urabá	1	35	11	6772
Nordeste	9	111	10	3264
Occidente	11	220	19	7185
Norte	13	269	17	5453
Oriente	27	647	23	13589
Suroeste	22	513	23	10359
Valle de Aburrá	166	1435	10	21674
TOTAL	259	3398	125	73610

Fuente: Datos reportados por el programa adulto mayor del Departamento 2010.



* Programa ambulatorio

** Centro de Protección Social para el Adulto Mayor (institucionalizados)

Figura 15. Distribución porcentual de los centros día y los CPSAM según subregión. Antioquia 2010.

Fuente: Datos reportados por el programa adulto mayor del Departamento 2010.

En relación a la existencia de modalidades de atención al adulto mayor, la subregión del Magdalena Medio aunque presenta el mismo número de CPSAM al número de municipios de la subregión no tiene la cobertura de CPSAM en el 100% de los municipios, puesto que existe un municipio de ésta que no cuenta con CPSAM.

Es de anotar que en las subregiones Oriente y Suroeste aparece un mayor número de CPSAM con respecto al número de municipios de la región, dado que algunos de los municipios tienen más de un CPSAM. La subregión del Valle de

Aburrá, a pesar del número elevado de 166 CPSAM se presenta un subregistro específicamente en el Municipio de Medellín.

Las subregiones de Magdalena Medio, Bajo Cauca, Occidente, Nordeste y Norte tienen una proporción de CPSAM comparado con el número de municipios de cada subregión.

La subregión con menor presencia de CPSAM para dar asistencia a población adulta mayor en modalidad de atención institucionalizada, es la subregión de Urabá.

En el Departamento de Antioquia existe en la totalidad de sus municipios Centros Día para la atención ambulatoria de la población adulta mayor; es de anotar que por la complejidad del municipio de Medellín, es uno de los municipios que presenta mayor subregistro en Centros Día.

Proyecto 3: Promoción de espacios de participación para el empoderamiento e inclusión del adulto mayor y anciano.

Nuestra sociedad desconoce el envejecimiento como expresión del ciclo vital y subvalora su importancia en el desarrollo, lo que deriva en situaciones de inequidad y exclusión que se deben trabajar a través de la promoción de espacios para el fortalecimiento, empoderamiento y participación del adulto mayor y el anciano en el diseño de estrategias que posibiliten la solución a sus problemáticas y en la implementación de la política pública para el desarrollo y la protección de los derechos de esta población en el Departamento de Antioquia.

La participación ciudadana como derecho fundamental, está prevista en la Constitución Política de Colombia de 1991, cuando se refiere a Colombia como un Estado Social de Derecho, democrático, participativo, pluralista, fundamentada en el respeto de la dignidad humana y en la prevalencia del interés general. Como tal, la misma Constitución, le brinda al ciudadano mecanismos individuales y colectivos, que le garanticen su participación en los diferentes sectores y procesos de la administración pública, en la defensa de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes.

Desde 1996 la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, ha promovido la conformación de los Cabildos Municipales de Adultos Mayores como instancia de participación social. Desde el año 2001 en coordinación con la Red de Cabildos Municipales de Adultos Mayores de Antioquia, se inició la sensibilización

y motivación a las administraciones municipales para la creación y operatividad de los Cabildos Municipales de Adultos Mayores como estrategia de participación comunitaria, a la fecha se han realizado asesorías y asistencias técnicas para el fortalecimiento y creación de 123 cabildos municipales de adultos mayores y nombrados por voto popular 1.356 adultos mayores cabildantes en el Departamento; lo cual permite a los Adultos Mayores identificar, analizar, proponer alternativas de solución a sus necesidades e intereses y hacer veeduría a los programas del adulto mayor.

LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA

Considerando la necesidad de que en las reformas del sector salud, se preste mayor atención a la salud pública, la Organización Panamericana de la Salud ha puesto en marcha la iniciativa La Salud Pública en las Américas como base para mejorar la práctica de la Salud Pública y fortalecer el compromiso rector de las autoridades sanitarias. La reinserción de la salud pública en la agenda de transformaciones del sector, requiere de una clara definición de su rol, así como de sus diferentes componentes y el cumplimiento a las funciones esenciales de salud pública (FESP).

En este contexto, el Ministerio de la Protección Social de Colombia se encuentra en una intensa etapa de fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública en el país; el Instituto Nacional de Salud- INS y el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, como Laboratorios Nacionales de Referencia, hacen lo propio desde las áreas de su competencia, para apoyar esta labor que es considerada una responsabilidad estatal indelegable.

Bajo esta misma intención podemos considerar que el país cuenta con una Red Nacional de Laboratorios, la cual ha sido definida como un sistema técnico, gerencial y funcional, integrado por los laboratorios del INS y del INVIMA, los Laboratorios Departamentales de Salud Pública – LDSP, el Laboratorio de Salud Pública de Bogotá, los laboratorios nacionales de referencia de otros sectores y todos los laboratorios públicos y privados que apoyan el desarrollo de la Salud Pública.

Actualmente las acciones del laboratorio que se desarrollan en red, se orientan principalmente hacia la vigilancia de las enfermedades de interés en salud pública y estas acciones están asociadas a las desarrolladas desde el nivel nacional hacia el departamental y de éste al municipal, tratando de involucrar todos los actores que de una u otra forma generan información al respecto. Para esto se desarrolla la Red Nacional de Laboratorios, que cuenta con actores claves de articulación llamados Laboratorios de Salud Pública en total 32, ubicados en cada Departamento y uno en la capital del país, Bogotá. Cada Laboratorio de Salud Pública cabeza de la red de los laboratorios clínicos (públicos y privados), de citohistopatología, de bancos de sangre, de aguas y de alimentos de su territorio.

El objeto, competencias y acciones de los Laboratorios de Salud Pública Departamental y del Distrito Capital y las responsabilidades en materia de Salud Pública que deben cumplir los laboratorios clínicos, de citohistopatología, de aguas y alimentos, son descritos, en términos muy generales, en el Decreto 2323 de 2006; de manera complementaria en la Resolución 4547 del año 1998, se estipulan los exámenes de interés en salud pública que deben realizar estos laboratorios según el grado de complejidad.

Las transferencias de recursos financieros que hizo la ley 715 de 2001 a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública, se ha convertido en una oportunidad para que éstas instituciones se fortalezcan y superen las limitaciones políticas y estructurales que tienen frente a su capacidad resolutive en los entes territoriales.

En el Departamento de Antioquia, en la definición de objetivos específicos del Plan de Desarrollo del cuatrienio 2008-2011 se considera un objetivo: Mejorar las condiciones de salud para contribuir al desarrollo humano integral de la población antioqueña y varios programas a través de los cuales fuera posible evaluar la gestión de las instituciones, de la sociedad y del gobierno.

En el programa denominado: Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud en Antioquia se diseñaron e implementaron varios proyectos, dentro de éstos está el proyecto: **Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de Bancos de Sangre, red de laboratorios, red de Microscopia de Malaria y prestación de servicios del Laboratorio Departamental de Salud Pública 2008-2011**, Radicado en el Banco de Proyectos con el código 2008-0500-0475. Este se encuentra dirigido a: Fortalecer la capacidad técnica, física y de recurso humano del Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, para apoyar la vigilancia en salud pública, mejorar las condiciones ambientales que afectan la salud de la población y tener una Red de Laboratorios, Red de Microscopía de Malaria y Bancos de Sangre del Departamento, que cumplan con los estándares mínimos de calidad y que garanticen el **acceso, calidad y oportunidad** de servicios a la población.

Objetivo General

Garantizar la prestación de servicios del Laboratorio Departamental de Salud Pública tanto en atención a las personas como en atención a los factores de riesgo del ambiente para contribuir a mantener los logros de erradicación, eliminación y control de eventos priorizados en salud pública y mejorar la calidad de la intervención de los eventos transmisibles, durante el período de 2008 –2011.

Objetivos Específicos

- Realizar actividades de asesoría y asistencia técnica a la Red de Laboratorios y bancos de sangre, así como a la Red de Puestos de Lectura de Malaria, en aspectos tendientes a mejorar la calidad en la prestación de los servicios.
- Realizar el control de calidad en exámenes de interés en salud pública a los laboratorios de la Red de acuerdo con las directrices y competencias asignadas por la Red Nacional de Laboratorios para garantizar la confiabilidad de las pruebas de diagnóstico.

- Apoyar el funcionamiento del SIVIGILA y SIVICAP, de acuerdo con las directrices del Ministerio de la Protección Social, mediante la notificación y el monitoreo en forma confiable y oportuna de los eventos de interés en salud pública, diagnosticados por el Laboratorio Departamental. Igualmente participar en el desarrollo de investigaciones de interés en salud pública.
- Garantizar la capacidad técnica y operativa del Laboratorio Departamental para la realización de un diagnóstico confiable y oportuno del 100% de los eventos de interés en salud pública, de acuerdo con las directrices y competencias asignadas por el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, el INVIMA y Secretaría Seccional de Salud y Protección Social.

Acorde con estos objetivos, el proyecto definió 5 acciones con sus metas e indicadores.

Acción 1: Garantizar la capacitación, asesoría y asistencia técnica en el 100% de los requerimientos hechos por las instituciones del sector salud según sus necesidades y del recurso humano del laboratorio departamental en aspectos relacionados con la vigilancia en Salud Pública.

Se realizaron capacitaciones, asesorías y asistencias técnicas al 98% de los requerimientos hechos por las instituciones del sector salud, estandarización de normas, procedimientos, montaje de nuevas técnicas entre otras, de acuerdo con las directrices del MPS, INS, INVIMA y SSSA.

Al finalizar el año 2010 se tienen capacitados el 98% de los laboratorios clínicos, puestos de Microscopía de Malaria, bancos de sangre y servicios de transfusión. Se han realizado 250 actividades de las 350 programadas para un cumplimiento del 72.0% en el cuatrienio.

En el programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (Malaria y Leishmaniosis), entre el año 2008 y febrero de 2011 se realizaron 64 visitas de asistencia técnica a bacteriólogos y microscopistas de los municipios de: Cauca, Cáceres, Tarazá, El Bagre, Zaragoza, Apartadó, San Pedro de Urabá, Necoclí, Turbo, Mutatá, Carepa, Chigorodó, Nechí Segovia, Remedios, San Juan de Urabá y Arboletes.

Se realiza asesoría telefónica diariamente en promedio a 8 usuarios de las ESE, IPS y puestos de microscopias con el fin de dar claridad en el diagnóstico de Malaria (lectura e interpretación de la gota gruesa, clasificación de tipo de infección, tratamiento, y confirmación de diagnóstico por referencia) y Leishmaniosis (manejo del sintomatología, tratamiento, dosificación del medicamento) y se hace manejo de casos complicados, se cuenta con el apoyo de profesionales en dermatología de la UPB que ofrecen la consulta dermatológica en enfermedades tropicales los días martes de cada semana en el Laboratorio Departamental.

Se han realizado 190 readiestramientos a microscopistas rurales, laboratorios e IPS de los municipios endémicos del Departamento, trabajo desarrollado viajando a los municipios, realizando la actividad en terreno, con las condiciones reales del prestador del servicio, en su localidad, laboratorio, entre otros.

Del 2008 a 01 Abril de 2011 se realizaron 295 supervisiones de puestos de diagnóstico de malaria, dando ejecución a la actividad según sistema de gestión de calidad internacional OPS, en el cual se estipula que los puestos deben ser supervisados cada trimestre en resumen 4 veces al año.

El equipo constituido para mediados del 2010 por 2 funcionarios del Laboratorio Departamental, 1 profesional en bacteriología y un auxiliar del área de la salud venía desarrollando actividades de diagnóstico, tratamiento, capacitación, asistencia, asesoría, gestión de calidad y certificación en competencias laborales en la norma 230-10-1076 "orientar integralmente a las personas con ETV de acuerdo con las normas y guías de atención integral".

Tabla 18. Actividades de asesoría y Asistencia técnica realizadas a la Red de Microscopia de Malaria. Antioquia 2008 – abril 2011.

Actividades	2008	2009	2010	2011(Abril)
Asesoría Puestos malaria	76	55	59	17
Asistencia municipios	14	14	27	9
Supervisión puestos malaria	76	55	94	70

Fuente: Laboratorio Departamental

Acción 2: Tener inscritos en el programa de Control de Calidad al 100% de los laboratorios clínicos, de aguas y alimentos, de cito histopatología, bancos de sangre y puestos de lectura de malaria del Departamento de Antioquia.

Control de Calidad en exámenes de interés de salud pública. En el programa de control de calidad externo para los exámenes de interés en salud pública que realizan los laboratorios clínicos públicos y privados, de citohistopatología, de aguas y alimentos en su ámbito territorial, de acuerdo con el grado de complejidad y su responsabilidad en el diagnóstico de eventos de salud pública para apoyar las acciones de prevención y control de estas enfermedades (Decreto 2323 de 2006, capítulo II Artículo 16), y dando cumplimiento al decreto 1571 los Laboratorios de Salud Pública de las entidades territoriales de la red, realizarán las pruebas confirmatorias a los donantes de los bancos de Sangre de su área influencia. Así como el control de calidad externo que garantiza la seguridad y confiabilidad de la sangre obtenida.

Para el cuatrienio, 2008 – 2011, se programó realizar 286.484 controles de calidad en los diferentes programas de Salud Pública, a la Red de Laboratorios y Bancos de Sangre del Departamento de Antioquia compuesta por 489 instituciones así: 375 Laboratorios Clínicos, 11 Bancos de Sangre, 53 Laboratorios

de Cito histopatología y 51 laboratorios de Aguas y alimentos. A toda la Red, se les realiza Control de Calidad, según su especificidad y el grado de complejidad, en exámenes de Interés en Salud Pública, para mejorar la calidad del diagnóstico.

Al finalizar el año 2.010 se han realizado 183.147, con un cumplimiento 64.0% en el cuatrienio y una concordancia general del 99.0%, lo que refleja el impacto del programa de control de calidad y el mejoramiento en la prestación de los servicios en cada uno de los laboratorios participantes, situación que se ha logrado paulatinamente a través de un proceso de sensibilización con el personal directivo de las instituciones, generando cultura de la calidad mediante:

- La exigencia de la contratación de programas de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.
- Compra de reactivos que obedezca a patrones de calidad y no a criterios económicos.
- Implementación del programa de control de calidad interno y participación en controles de calidad externos.
- Adecuada selección del personal profesional y un plan de capacitación y educación continúa.

Durante el año 2010, a la Red de Microscopía de Malaria, se le realizaron 39.902 diagnósticos de supervisión o monitoreo (Evaluación Externa Indirecta del Desempeño EEID), de las cuales 25.019 casos se confirmaron como diagnóstico positivos de malaria con un porcentaje de concordancia del 99,2%. Para los programas de Malaria y Leishmania la EEID se realiza dando un cubrimiento a la totalidad de la red de laboratorios e IPS de Antioquia enviando según programación trimestralmente las laminas de gota gruesa y directo para Leishmaniosis al LDSP para ser monitoreadas por el personal del Laboratorio. En el caso de las láminas de malaria del personal microscopista de puestos de lectura rural el envío lo realizan por período epidemiológico siendo un total de 13 períodos en el año para la actualidad del 2011 por lineamiento del INS; a estos envíos en malaria se les debe de realizar recuento parasitario. Para el año 2011 se implementaron 42 nuevos puestos de microscopia en el Departamento y 17 nuevos puestos de Pruebas Rápidas, éstos también participan de las actividades de gestión de calidad.

Evaluación externa indirecta del desempeño EEID.

210 puestos de diagnóstico de malaria evaluados por (Evaluación Externa Directa del Desempeño EEDD) con un porcentaje de concordancia del 81.0%.

Con cada una de estas actividades se está garantizando a los pacientes la buena prestación del servicio, el adecuado diagnóstico y el tratamiento indicado según especie de Plasmodium causante del paludismo, recordar que el tratamiento para vivax, falciparum e infección mixta es diferente y que la red rural de diagnóstico de malaria junto con las ESE e IPS de los municipios endémicos ofrecen mayor

oportunidad al diagnóstico y tratamiento en malaria, por consiguiente debe de ser monitoreada constantemente y supervisada por el LDSP.

Esta Evaluación Externa Directa del Desempeño, también se le realiza a los laboratorios Clínicos que tienen el área de Bacteriología Clínica y a los laboratorios de Aguas y alimentos, enviándoles en los meses de Marzo, Julio y Octubre, 3 cepas bacteriológicas para diagnóstico y pruebas de sensibilidad. Este control, permite evaluar en forma general y completa, las principales pruebas de identificación de microorganismos hasta género y especie, medios de cultivo empleados y pruebas realizadas.

Igualmente a los Laboratorios Clínicos y Bancos de Sangre, se les realiza la **EEDD de sueros en el diagnóstico de HIV, sífilis, Chagas, TSH, hepatitis A, B y C**. Consiste en el envío por parte del LDSP, de tres sueros para que sean procesados según su nivel de complejidad. El laboratorio participante reclama los sueros en el LDSP los primeros 10 días de los meses de Marzo, Julio y Octubre.

Es de destacar que el programa en el Departamento de Antioquia, ha cumplido con las metas propuestas por el INS, en lo relacionado con evaluaciones externas indirectas de desempeño con un coeficiente de concordancia Kappa promedio para el Departamento, considerada en un nivel superior y las actividades de asesoría continúa a los laboratorios de citopatología, reforzadas por los eventos académicos (talleres de asesoría), realizados anualmente con cobertura a toda la Red, la cual vale la pena resaltar dado que es de las más numerosas del país.

En el período 2007-2010, el Control de Calidad Externo Directo del Desempeño (EEDD), reflejan la calidad y competitividad de la Red de Laboratorios clínicos del Departamento de Antioquia, que es excelente.

La concordancia de un Laboratorio se considera satisfactoria, cuando el control de calidad es superior o igual al 90%; resultados inferiores requieren un análisis detallado en el proceso de la técnica desarrollada en la institución, entre otros se requiere tener en cuenta: revisión de los manuales de procedimientos, capacitación del recurso humano, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y controles de calidad internos (Directriz del Instituto Nacional de Salud para pruebas de Idoneidad en Serología de Sífilis - PISS- 2003). En este control se evalúan 7 parámetros para toda la Red de Laboratorios y según el nivel de complejidad, cada laboratorio procesará uno o varios de los siguientes parámetros: Hepatitis A, B, C, HIV, Chagas, TSH y Sífilis.

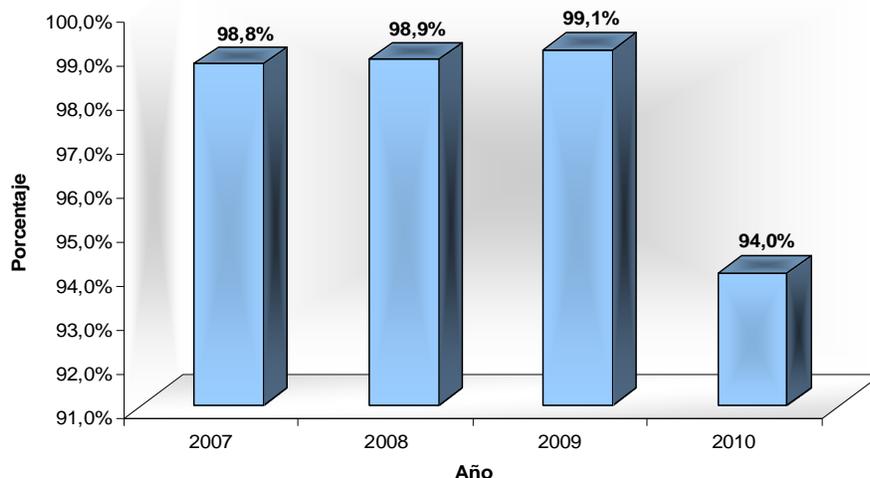


Figura 17. Concordancia de la evaluación del Control de Calidad Indirecto en pruebas de Vigilancia Epidemiológica en el laboratorio departamental. Antioquia 2007 – 2010.

Fuente: Laboratorio departamental de salud pública.

Evaluación externa de calidad en citología de cuello uterino en el Departamento de Antioquia.

Informe de actividades 2007 – 2011

En el Departamento de Antioquia, EL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PÚBLICA DE ANTIOQUIA, cumple con la normatividad vigente específicamente, en lo que concierne a la Política de Salud Sexual y Reproductiva y al Decreto 2323 de 2006 que organizó la Red Nacional de Laboratorios y sigue las directrices emanadas del Ministerio de la Protección Social a través del Instituto Nacional de Salud, para la ejecución del programa de Evaluación Externa de Calidad en Citología de Cuello Uterino; este Programa fue implementado y desarrollado por el Instituto Nacional de Salud con la participación de los laboratorios de salud pública del país.

En el año 2007, el Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia fue componente muy importante en estas actividades iniciales, junto con otros 6 laboratorios de salud pública departamentales de todo el país; en la actualidad esta red nacional cuenta con la intervención de 22 Laboratorios de Salud Pública en todo el país.

Los participantes incluyeron también las respectivas redes de prestadores de servicios de salud-IPS de patología y citología que realizaban lectura de citologías, para un total de 386 laboratorios en todo el país, un número importante de estos laboratorios, pertenecen al Departamento de Antioquia, contando con un promedio

de 53 laboratorios al año, habilitados e inscritos en el programa, lo que suministra un porcentaje del 14% de la Red nacional.

En el año 2010, el INS otorgó al Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, distinción por su desempeño y compromiso, en la realización y cumplimiento de las actividades y responsabilidades como ente territorial del programa nacional de evaluación externa de calidad en citología de cuello uterino en la Red Nacional de Laboratorios.

Objetivo General

La evaluación externa indirecta en citología de cuello uterino tiene como objetivo promover la calidad analítica entre los laboratorios participantes, ayudando a identificar errores y estimulando el mejor desempeño de los laboratorios. Se trata de un sistema eficiente para valorar en conjunto, la reproducibilidad en los criterios de interpretación citológica con un grado aceptable de precisión.

Objetivos Específicos

- Unificar criterios para la adecuada toma e interpretación de la citología convencional de cuello uterino según el sistema Bethesda y sus respectivas modificaciones, para contribuir a garantizar la fiabilidad en los resultados analíticos.
- Establecer el grado de concordancia en la interpretación de citologías de cuello uterino entre los laboratorios participantes y el laboratorio de salud pública, mediante la comparación entre laboratorios.
- Detectar los errores técnicos que influyen en la interpretación de los resultados de la citología convencional, que afectan el desempeño de los laboratorios participantes.
 - Proporcionar apoyo al control de calidad interno.

El Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia comprometido con las responsabilidades asignadas al ente territorial en este programa, cumple con las siguientes actividades:

1. Coordina la red regional de laboratorios de citopatología para la evaluación externa de calidad, por método indirecto (comparación inter laboratorios).
2. Identifica las instituciones habilitadas, prestadoras del servicio que realizan el procesamiento de muestras e interpretación de la citología convencional.

En la actualidad se cuenta con un inventario de los laboratorios de cito patología habilitados e inscritos en el Programa de Control de calidad, en todo el Departamento; con los datos de su recurso humano y ubicación; en el momento la red de laboratorios está constituida por 53 IPS, distribuidas en todo el Departamento.

Tabla 19. Laboratorios habilitados e inscritos en programa de control de calidad de citologías. Antioquia, 2010.

REGIÓN	MUNICIPIO	N° DE LABORATORIOS
BAJO CAUCA	Caucasia	3
NORDESTE	Segovia	1
	Remedios	1
ORIENTE	Rionegro	2
	La Ceja	1
URABÁ	Apartadó	3
	Carepa	1
	Turbo	1
VALLE DE ABURRÁ	Medellín	36
	Bello	1
	Itagüí	1
	Caldas	1
	Envigado	1
TOTAL		53

Fuente: Laboratorio departamental de salud pública.

- Participa en el programa nacional de evaluación externa de la calidad y vigilancia por laboratorio, coordinado por la Red nacional de laboratorios.

Participación activa en tres encuentros nacionales de control de calidad de la Red Nacional de Laboratorios, convocados por el INS, para evaluar actividades del Programa en cada Laboratorio Departamental.

Durante estos encuentros, se ha recibido capacitación en el manejo del programa de evaluación externa de calidad, (aplicativo Cervixsoft), detección de errores en la interpretación de citologías, homologación de criterios para la adecuada interpretación citomorfológica según el Sistema Bethesda vigente.

El Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, participó con el INS y otros Laboratorios Departamentales del país, en la elaboración de la “Guía de control de calidad para la toma, procesamiento e interpretación en muestras de citología de cuello uterino”, con el fin de dar lineamientos generales de control de calidad a los procedimientos de laboratorio, identificar, corregir y reducir la ocurrencia de errores en las diferentes fases del proceso, como también fomentar el uso de nomenclatura unificada con criterios definidos por el Sistema Bethesda 2001.

El Laboratorio de Salud Pública de Antioquia recibió durante el tercer encuentro nacional de control de calidad de citología de cuello uterino, realizado en la ciudad de Bogotá, mención de honor por el Programa Nacional de Evaluación Externa de

Calidad en Citología de Cuello Uterino del Instituto Nacional de Salud. El reconocimiento fue otorgado a los laboratorios que cumplieran entre otros aspectos, los siguientes: cobertura, continuidad, desempeño y aportes.

4. Promueve sólo el uso de métodos cualitativos validados.

Se imparten recomendaciones sobre seguimiento a la normatividad del Programa a los laboratorios participantes y se entrega la “Guía de control de calidad para la toma, procesamiento e interpretación de citologías de cuello uterino” a todos los Laboratorios de citología de la Red Departamental.

5. Identifica las necesidades de capacitación del personal brindando asesoría y asistencia técnica permanente.

Cada año se realiza como mínimo, un taller teórico-práctico de asesoría y asistencia técnica a la Red Departamental con retroalimentación y evaluación de los hallazgos encontrados en las actividades del control de calidad durante el año.

En varias de estas actividades se contó con el acompañamiento de las directivas del Programa del INS.

Se realizaron visitas de asistencias técnicas, inicialmente a los laboratorios priorizados según su desempeño en el control de calidad y en el último período se completó cronograma de visitas a toda la red del Departamento.

En las diversas actividades realizadas durante la supervisión de las placas y en las visitas de asesoría, se identificó dificultades en la unidad de criterios en la toma y procesamiento de muestras, deficiencia en la elaboración de algunos manuales y documentos requeridos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 1011 de 2006 y sus respectivos anexos técnicos).

En respuesta a esta situación se tomaron varias medidas a implementarse como planes de mejoramiento en todos los laboratorios de Citología del Departamento, incluidos los Servicios de toma de muestras. Se elaboró, “El Manual de Citología Cérvico – uterina”, instrumento técnico-administrativo que permitirá fortalecer los conocimientos y la comprensión de los lineamientos generales relacionados con el control de la calidad de las citologías, contribuyendo a optimizar el cumplimiento y el funcionamiento de los procesos en los servicios de toma y lectura de citologías cervico-uterinas, fundamentándose en criterios normativos vigentes emanados de las disposiciones de autoridades sanitarias, nacionales e internacionales, legitimadas en el tema.

Se plantean actividades de asesoría y asistencia técnica, en conjunto con la Dirección de Calidad de Red de servicios de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, con el fin de organizar e implementar planes de mejoramiento de acuerdo con los resultados de la evaluación externa de calidad

en búsqueda de la estandarización y unificación de criterios en las fases preanalítica, analítica y post analítica para el mejoramiento de la calidad de la prueba y fortalecer los distintos procesos, propendiendo por tener estándares óptimos de calidad en estos servicios.

Con base en los datos de las evaluaciones externas de calidad realizadas, se reevaluaron para el programa, durante el cuatrenio aproximadamente 20.000 láminas; mediante el aplicativo desarrollado por el INS (Cervixsoft v2.0) se ha reportado incremento progresivo del índice de concordancia kappa desde 0,3 y hasta 1,0 lo que demuestra mejoramiento en la interpretación de la citología, la tasa máxima de falsos negativos se encuentra dentro de los estándares aceptados y publicados; la frecuencia relativa de citologías insatisfactorias es del orden del 2,5%, el intervalo de oportunidad del proceso productivo con valor mínimo de 1 día y máximo de 35 días, las variaciones están generadas por las dificultades de movilización desde los 125 municipios del Departamento, sitio de origen de las muestras hacia los laboratorios de lectura de citología, localizados en su gran mayoría en Medellín, Área Metropolitana, Oriente, Urabá, Bajo Cauca y Nordeste.

Control de Calidad Indirecto Pruebas de Vigilancia en Salud Pública (EEID)

Los resultados muestran la calidad y competitividad de la Red de Laboratorios clínicos del Departamento de Antioquia, la cual es EXCELENTE. La concordancia de un Laboratorio se considera satisfactoria, cuando el control de calidad es superior o igual al 90%; resultados inferiores requieren análisis detallado en el proceso de la técnica desarrollada en la institución, entre otros se requiere tener en cuenta: revisión de los manuales de procedimiento, capacitación del recurso humano, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y controles de calidad internos, entre otros. (Directriz del Instituto Nacional de Salud para la Prueba de Idoneidad en Serología de Sífilis - PISS- 2003). Este control evalúa 7 programas para toda la Red de Laboratorios y según el nivel de complejidad de cada Laboratorio enviará uno o varios de los siguientes programas: Tuberculosis, Hansen, Malaria, Leishmania, Gram de líquidos Estériles, Gram de Gonococo y sueros para Sífilis.

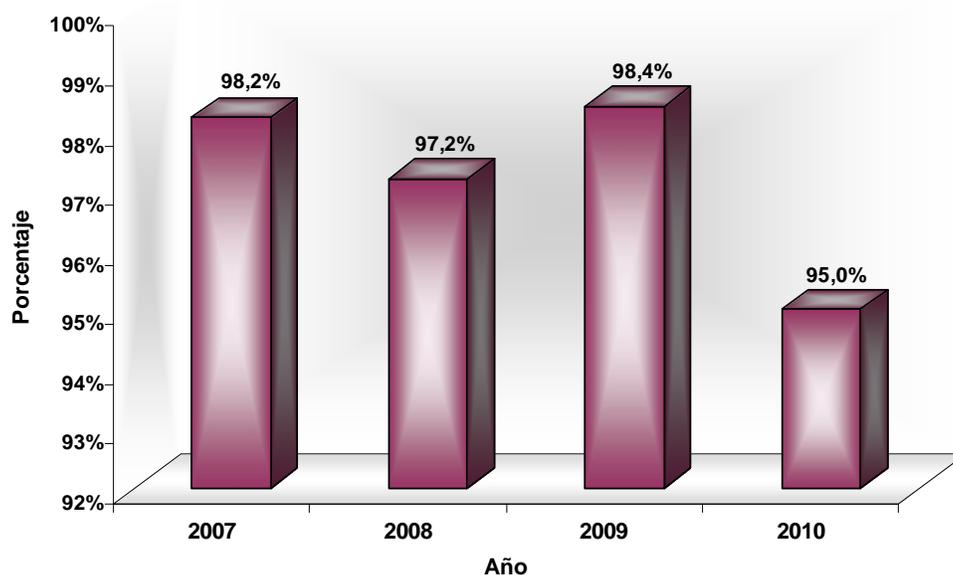


Figura 18. Distribución porcentual de la concordancia en la evaluación del control de calidad de pruebas de vigilancia epidemiológica. Antioquia, 2007 - 2010.

Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

Control de calidad de Bancos de sangre

La implementación de un Programa de Control de Calidad Externo en Serología que tiene como objetivo evaluar el desempeño de los laboratorios y Bancos de Sangre que ejecutan el tamizaje serológico, para lo cual requiere del laboratorio un compromiso continuo de su personal, del espacio, instalaciones y de recursos necesarios para que se mantenga a través del tiempo. Es de vital importancia que los laboratorios participantes se involucren como parte esencial del programa que debe considerarse como un proceso de educación continua y al mismo tiempo una herramienta para mejorar sus propios resultados.

Análisis de resultados

El análisis de resultados debe servir como una herramienta para la revisión del proceso en todas sus etapas.

La calidad es posible aún con recursos limitados, el conocer los reactivos y metodologías que son utilizados por los bancos de sangre de la red, realizarles un control de calidad en el momento de su adquisición, documentar todas las actividades y mantener todos los datos archivados de manera que se pueda realizar la trazabilidad en el proceso nos permitirá ofrecer información real y proveer de una terapia transfusional segura y efectiva basada en la evidencia clínica.

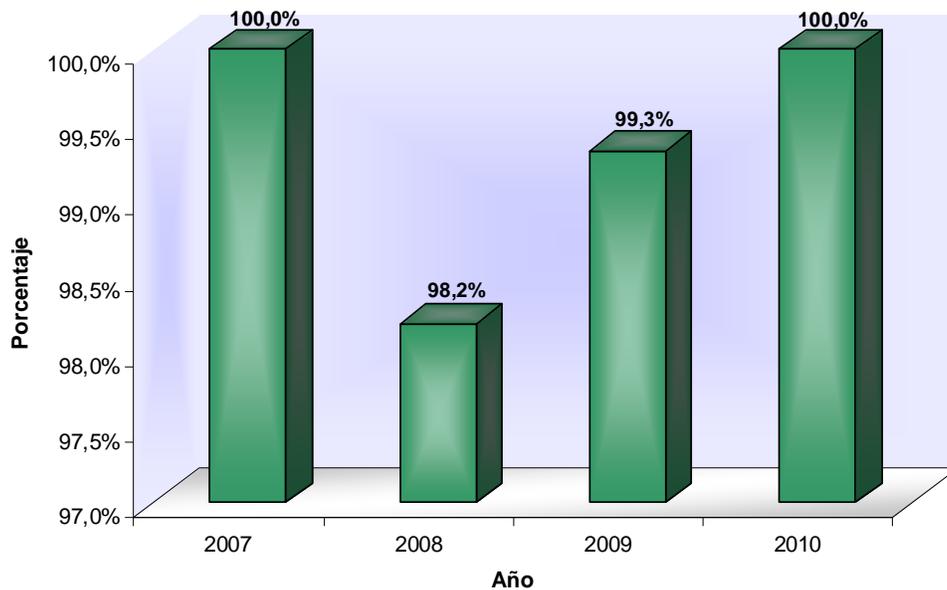


Figura 19. Distribución porcentual del control de calidad a los bancos de sangre. Antioquia, 2007 - 2010.
Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

ACCION 3

Realizar la notificación y el monitoreo de eventos de interés en Salud Pública y participar en la publicación de artículos de interés en Salud Pública.

El Laboratorio Departamental de Salud Pública, es una unidad notificadora de todos los eventos de interés de salud Pública diagnosticados como positivos, apoya además el monitoreo de estos eventos, notificando en forma oportuna el 100% de los resultados de Laboratorio como apoyo al sistema de Vigilancia epidemiológica. Participa además en la publicación de artículos de interés en Salud Pública.

Al finalizar el año 2010, se han notificado 33.950 resultados, alcanzando un cumplimiento superior al 100% de lo programado, que se justifica en el incremento en las notificaciones por las epidemias de dengue en 2009 y 2010 y de influenza A (H1N1) en 2010.

Se ha participado en 7 investigaciones de interés en salud pública, y en su respectiva publicación científica, en 8 publicaciones de artículos de Interés en Salud Pública (3 Internacionales y 5 Nacionales). Actualmente participa de investigación de Chagas por ingestión oral en el municipio Turbo, localidad Bocas de Atrato, se han analizado a 161 muestras con la prueba de Inmunofluorescencia Indirecta para Chagas, obteniendo 6 muestras positivas, éstas se confirman por el mismo procedimiento diagnóstico en el INS, evento que está en el momento en proceso de publicación científica. Como conferencistas los diferentes

profesionales del laboratorio, han participado en varios congresos locales y nacionales en temas de interés en Salud Pública.

ACCION 4

Garantizar la capacidad técnica y operativa del Laboratorio departamental, para la realización de un diagnóstico confiable y oportuno del 100% de los eventos de interés en salud pública, de acuerdo con las directrices y las competencias asignadas a los Laboratorios departamentales de salud pública por el MPS, el INS, INVIMA y SSS Y PS de Antioquia.

En la resolución 2709 de 2002, la SSSA estableció los exámenes de laboratorio para la vigilancia en salud pública como parte del Plan de Atención Básica, sin costo alguno para el usuario, la aseguradora y la institución prestadora de servicios de salud.

En el período 2007-2010, en el Laboratorio Departamental se realizaron 242.264 pruebas de laboratorio para diagnóstico de eventos de interés en Salud Pública y como apoyo al sistema de Vigilancia Epidemiológica en Antioquia.

Tabla 20. Consolidado de las pruebas realizadas por áreas y centros de costos. Antioquia, 2007 - 2010

CENTRO DE COSTO	PRUEBAS REALIZADAS
AREA CLINICA	
Infecciones de Transmisión Sexual	2.024
Bacteriología Clínica	7.185
Micobacterias	7.360
Virología	146.811
Parasitología	1.473
Toxicología	2.455
Control de Calidad	68.931
TOTAL AREA CLÍNICA	236.239
AREA MEDIO AMBIENTE	
Microbiología de Alimentos	3.002
Fisicoquímico de Alimentos	3.023
TOTAL AREA MEDIO AMBIENTE	6.025
TOTAL 2007-2010	242.264

Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

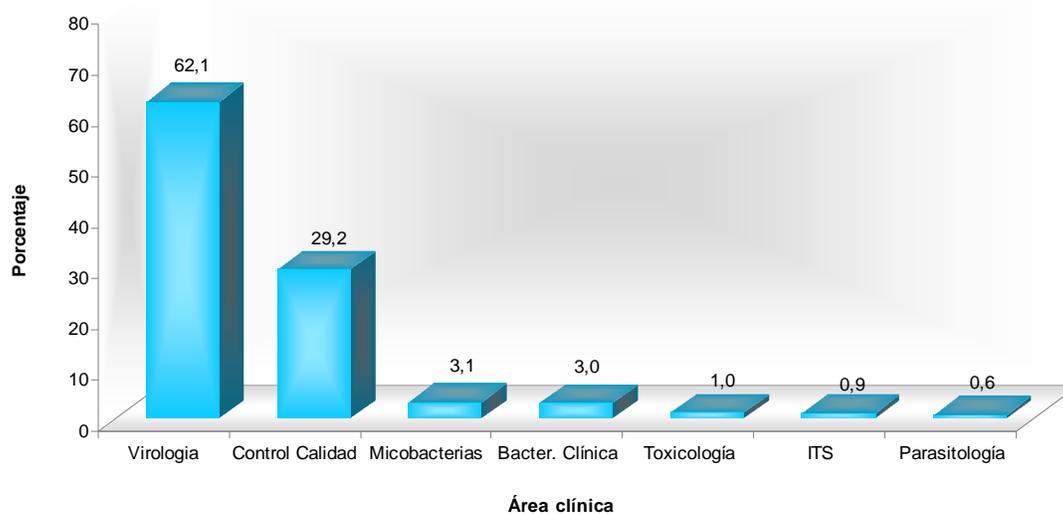


Figura 20. Distribución porcentual de las pruebas de laboratorio por áreas clínicas. Antioquia, 2007-2010.
Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

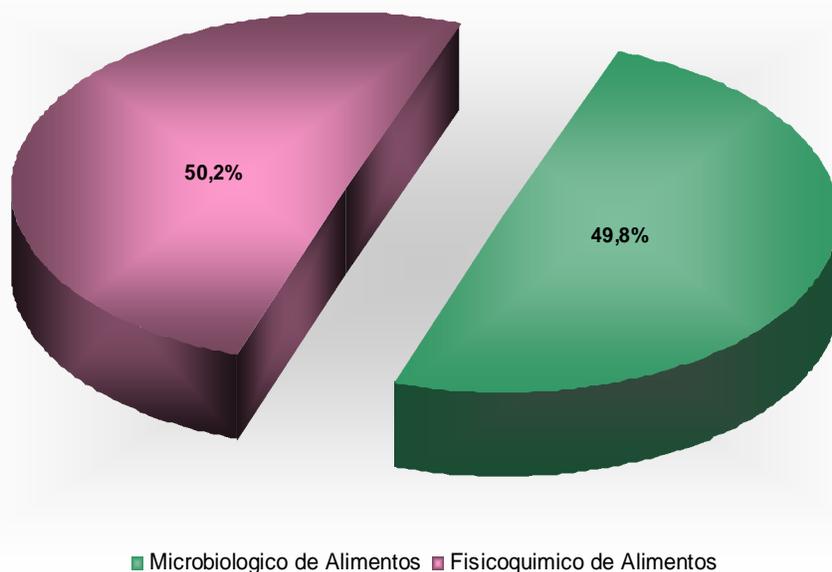


Figura 21. Distribución porcentual de las pruebas de laboratorio de áreas de medio ambiente. Antioquia, 2007-2010.
Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

En cuanto a la realización de pruebas por régimen de afiliación se observa que en el régimen vinculado, contributivo y subsidiado se concentra el mayor número de pruebas para el período 2007-2010. En el gráfico se observa que para 2010 se disminuyó la atención a la población vinculada lo que es consecuente con la ampliación de las coberturas de afiliación de la población.

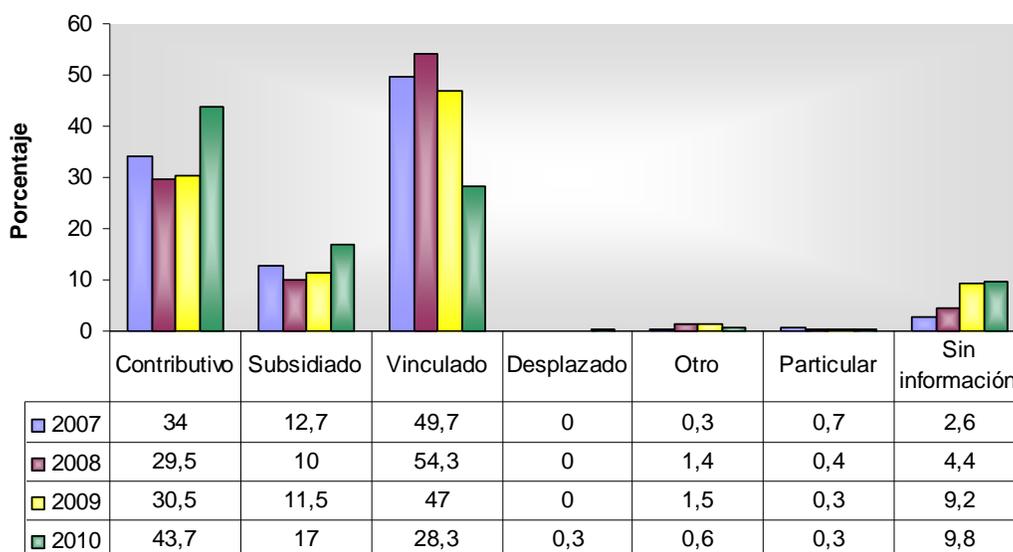


Figura 22. Pruebas de laboratorio realizadas, según régimen de afiliación del usuario. Antioquia 2007 - 2010.
Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

Dengue

En el período 2007 a 2010 se han procesado para dengue 22.881 muestras. Se dio respuesta a la epidemia del año 2010, año en el cual se recibieron el 64.0% de las muestras, 10.791 se diagnosticaron 6.687 pacientes para dengue con la prueba para detección de anticuerpos tipo IgM, con una positividad del 62.0% para 2010 y del 52.1% para el período.

Con los cultivos celulares se identificó circulación de los serogrupos 1, 2, 3 y 4 en el Departamento de Antioquia.

Tabla 21. Distribución de las pruebas realizadas de IgM para dengue, según resultado por subregión. Antioquia, 2007 - 2010.

REGION	RESULTADO			TOTAL	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
	POSITIVO	NEGATIVO	ZONA GRIS		
Magdalena Medio	362	304	15	681	3,0
Bajo Cauca	203	275	12	490	2,1
Uraba	1005	1509	43	2557	11,2
Nordeste	192	269	6	467	2,0
Occidente	562	415	21	998	4,4
Norte	38	91	3	132	0,6
Oriente	162	268	5	435	1,9
Suroeste	407	314	12	733	3,2
Valle de Aburra	8858	6847	242	15947	69,7
Otros Dptos	41	168	1	210	0,9
Sin dato	101	129	1	231	1,0
TOTAL	11931	10589	361	22881	100

Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

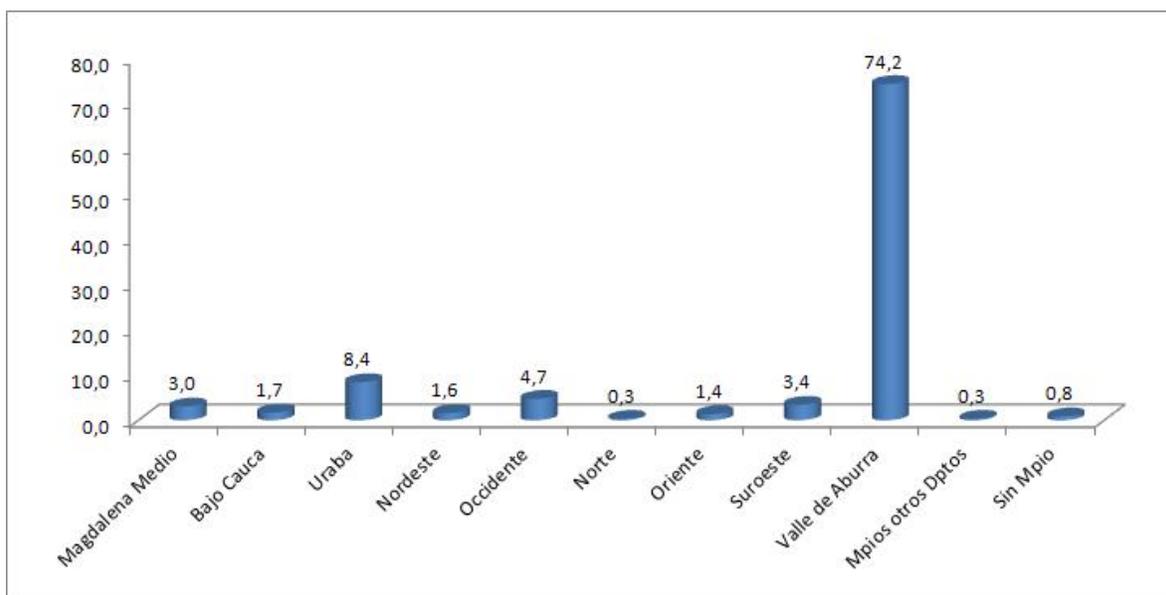


Figura 23. Distribución porcentual de los casos positivos para dengue según prueba IgM por subregión. Antioquia, 2007-2010.

Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

Plan de Eliminación de Sarampión y Rubéola

El estudio por laboratorio para descartar la presencia de virus Sarampión/Rubéola contempla la realización de pruebas para la detección de anticuerpos tipo IgM que se complementan con el aislamiento viral. El Laboratorio Departamental ha realizado en los últimos 4 años (2007-2010), un total de 8.088 pruebas, 4.171 para sarampión y 3.917 para rubéola, que permiten certificar que no tenemos circulación en el territorio antioqueño de virus Sarampión en varios años y de Rubéola en el último año.

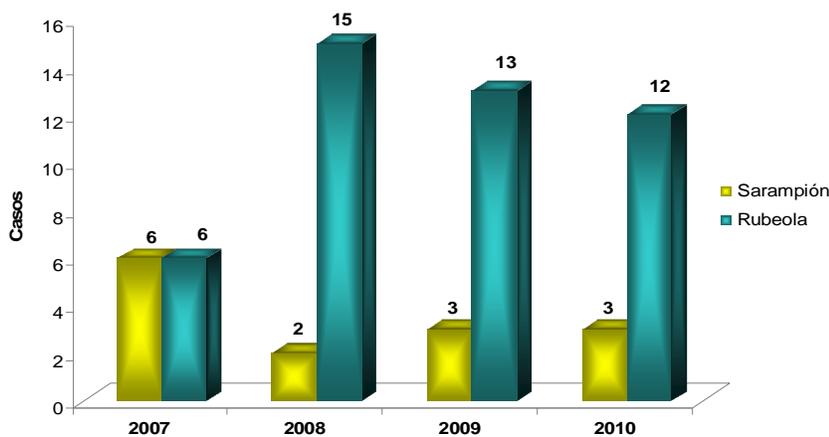


Figura 22. Pruebas de IgM positivas para Sarampión y Rubéola. Antioquia, 2007 - 2010.

Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

Tuberculosis

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en el Plan de Atención Básica Departamental priorizó en el Programa Control de Tuberculosis, la vigilancia epidemiológica de la multidrogoresistencia (MDR), para evaluar la circulación de las cepas resistentes. El Departamento de Antioquia cuenta con un total de 375 laboratorios clínicos públicos y privados, que hacen parte de la red de laboratorios, y participan directamente en el Programa con el envío de los cultivos para la identificación de las cepas y realización de la prueba de sensibilidad bajo el liderazgo del Laboratorio Departamental de Salud Pública. En los tres años se recibieron 2.593 cultivos para diagnóstico de Tuberculosis y 2.885 pruebas de sensibilidad. El Laboratorio Departamental de Antioquia, fue seleccionado por la OPS a nivel de Colombia, para desarrollar la prueba piloto del Proyecto Comité Luz Verde, que brinda apoyo a los pacientes multidrogoresistentes suministrando el medicamento de segunda línea a un costo mínimo.

HIV

Proyectos como el de “Disminución de la Transmisión Perinatal del VIH”, que busca detectar la infección en gestantes para disminuir el riesgo de la transmisión del virus a los menores al permitir ofrecerles tratamiento médico, intervención en el parto y fórmula láctea, lo que disminuye el riesgo de transmisión a menos del 2%.

En el período 2007-2010 con el apoyo del Laboratorio Departamental, mediante la estrategia se han estudiado a 43.331 gestantes y se han confirmado 82 maternas de las cuales el 34.1%, 28 corresponden al área metropolitana, 20 en Medellín, 7 en Bello y 1 en Copacabana; esta situación es explicable porque es en esta subregión donde se estudian el mayor número de personas para este diagnóstico, el 48.5%.

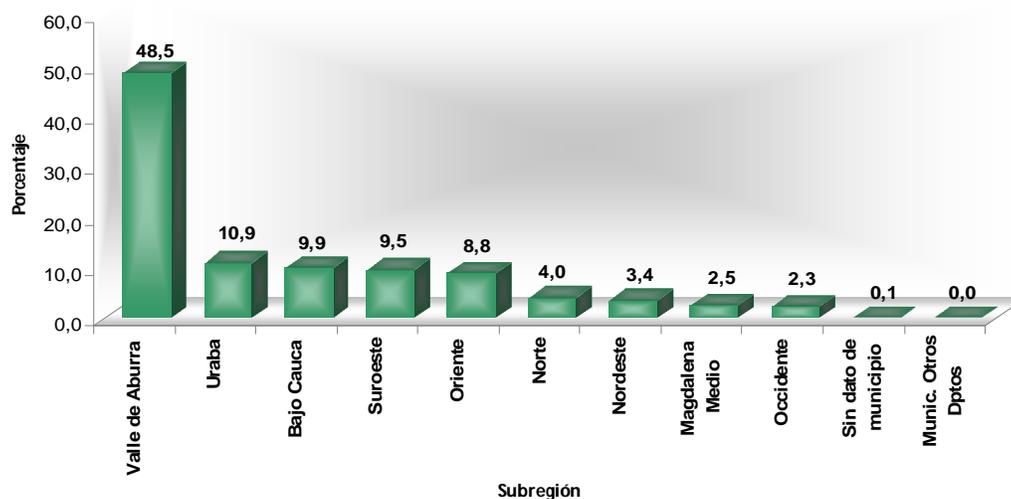


Figura 23. Distribución porcentual de pruebas realizadas para HIV presuntivo en el proyecto Madre e Hijo por región. Antioquia, 2007-2010.

Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

El 43.9% de los diagnósticos se hicieron a pacientes que residen en las subregiones de Bajo Cauca y Urabá, 28.0 y 15.9% respectivamente. El porcentaje restante, 22.0 se distribuye en las demás subregiones; es de anotar que en la subregión norte del Departamento no han sido diagnosticadas pacientes en el proyecto, lo que se explica en el bajo porcentaje de muestras estudiadas a pacientes que habitualmente residen en municipios de dicha subregión.

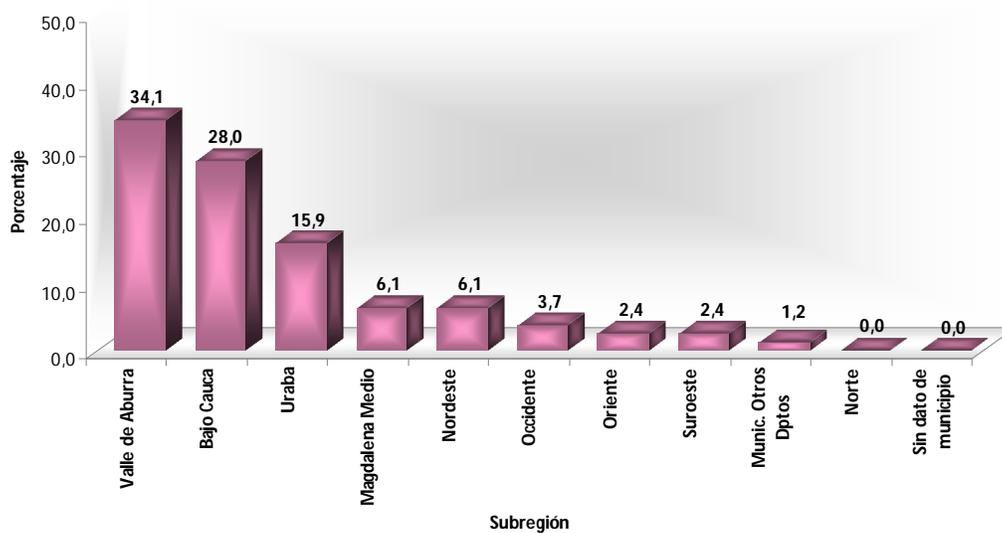


Figura 24. Distribución porcentual de las pacientes diagnosticadas para HIV por subregión de residencia habitual. Antioquia, 2007-2010.

Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

En los meses de Noviembre y Diciembre de 2010, con motivo del día Internacional del VIH- SIDA se realizó una campaña para toda la población del Departamento con reactivos donados por el Ministerio de la Protección Social. Se procesaron un total 5.138 muestras y se diagnosticaron 33 pacientes.

Influenza

El Laboratorio Departamental de Salud Pública de Antioquia, es pionero en el país en el diagnóstico de virus pandémico H1N1 a través de Biología Molecular a partir del año 2.010 cuando se adquirieron los equipos, reactivos e insumos y se capacitó el recurso humano para el montaje de esta técnica en el Departamento.

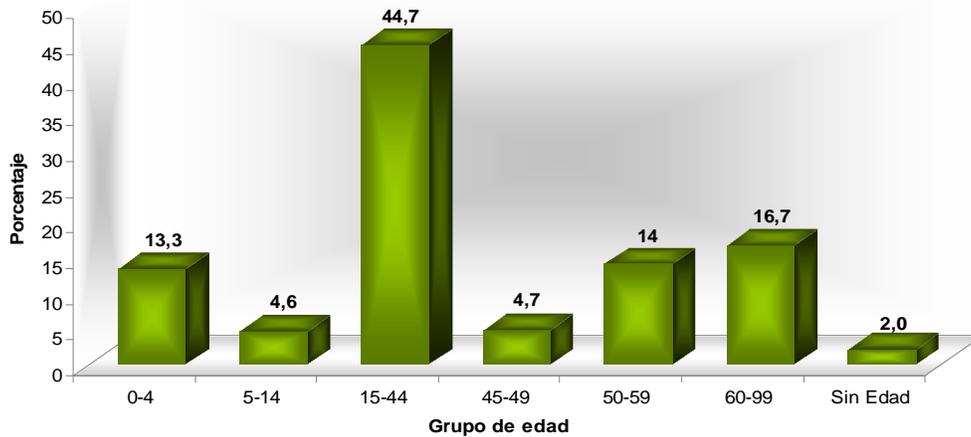


Figura 25. Distribución porcentual de casos positivos para Influenza A(H1N1) por grupos de edad. Antioquia, 2010.
Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

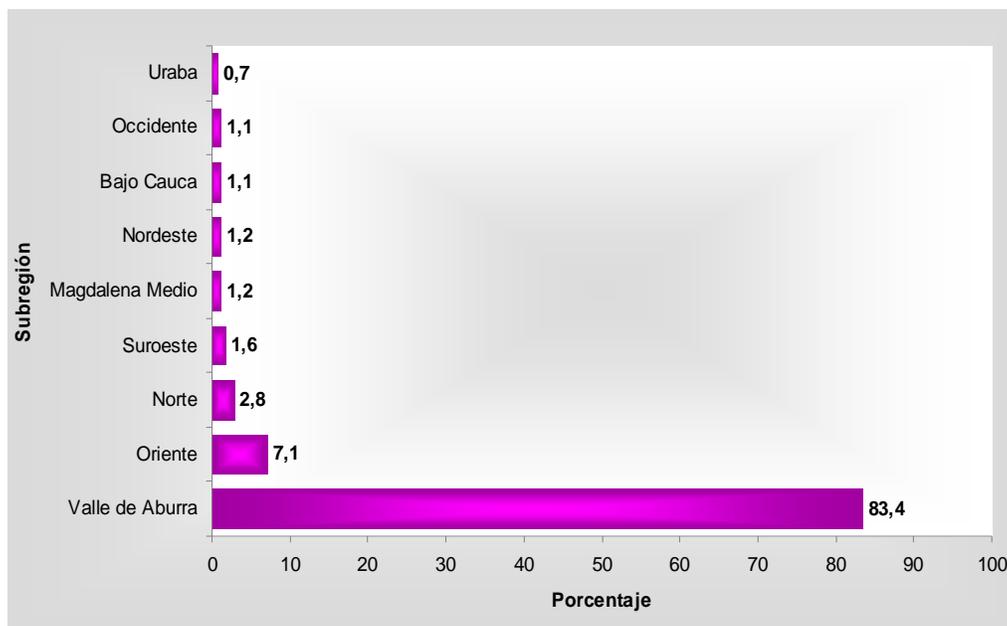


Figura 26. Distribución porcentual de las muestras analizadas para Influenza A(H1N1) por subregión. Antioquia 2010.
Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

Se recibieron para procesamiento 776 muestras de las cuales 17 fueron muestras inadecuadas, de las 759 procesadas 150 fueron positivas para virus pandémico de influenza: 81 para Influenza A (H1N1), y 69 para Influenza A H3 estacional. El resto de las muestras fueron negativas para virus respiratorios.

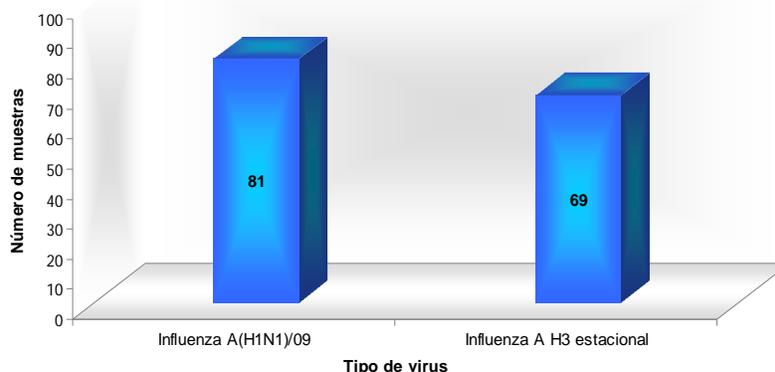


Figura 27. Muestras positivas para influenza por tipo de virus. Antioquia, 2010.
Fuente: Laboratorio Departamental de salud pública.

Malaria y Leishmaniosis

Los programas de malaria y Leishmania desde sus componentes de laboratorio se han venido fortaleciendo dando más cobertura a la población Antioqueña, aplicando la metodología internacional OPS de sistema gestión de calidad en el diagnóstico de malaria y Leishmania, y dando cumplimiento a las directrices de INS. A partir de septiembre de 2010 se cuenta con un nuevo integrante (profesional en bacteriología) contratado a través del Proyecto Malaria Fondo Mundial para apoyar la ejecución de las actividades que ya se venían realizando desde el Laboratorio Departamental, además liderar el proceso de ampliación de la red en 59 nuevos puestos más de diagnóstico de malaria, de tal manera que se aumentó la cobertura y la capacidad de respuesta del LDSP frente a la problemática de la malaria en Antioquia.

ACCIÓN 5.

Gestionar administrativa y financieramente el Laboratorio Departamental de Salud Pública y la Red de Laboratorios de Antioquia.

Realizar los contratos necesarios para garantizar el funcionamiento del Laboratorio Departamental y mantener la certificación ISO 9001: 2.000.

Se han realizado la totalidad de los contratos requeridos año por año. En 2008, El Ministerio de la Protección Social, seleccionó este laboratorio dentro del proceso de mejoramiento continuo, para iniciar el camino frente a la acreditación bajo la norma ISO 17025 en el área de Físicoquímico y Microbiológico de Alimentos, fortaleciéndolo con insumos, reactivos y recursos financieros para la compra de equipos, con el propósito de dar respuesta a los requerimientos de la ley 1122 de 2007. Se recibieron \$ 987.986.000 de transferencias de la nación para compra de reactivos e insumos.

El Laboratorio Departamental de acuerdo al desarrollo tecnológico del mercado, ha ido implementando métodos de diagnóstico que den confiabilidad a sus resultados y como laboratorio de Referencia, y según el decreto 1571 de 1994 y el 2323 de 2006, tiene como una de sus funciones, realizar el control de calidad a la Red de Laboratorios, Red de Microscopía de Malaria, Empresas productoras de alimentos y Bancos de Sangre para garantizar diagnósticos confiables, y sangre segura a la población del Departamento, este control debe ser realizado con tecnología igual o superior a la que poseen las entidades e instituciones, por ello ha modernizado sus equipos. En el año 2010 se hizo una inversión de \$ 1.326.483.235 en la compra de equipos y reactivos.

El proyecto tiene un costo programado para el cuatrienio 2008-2011, de \$11.575.162. A 31 de diciembre de 2010 este presupuesto se ejecutó en un 72.0%.

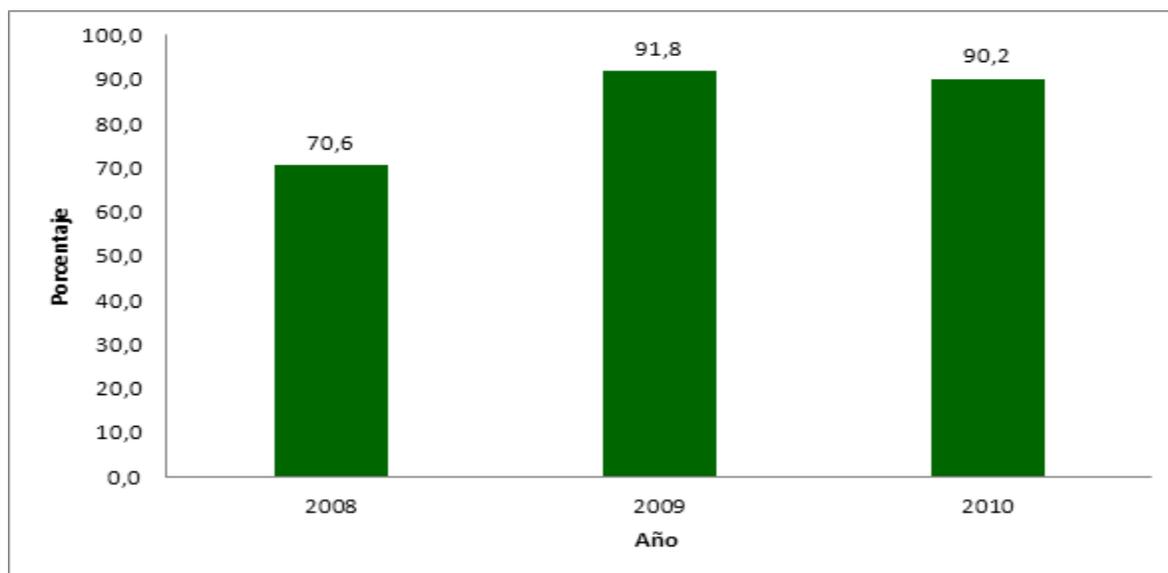


Figura 30. Ejecución del presupuesto programado para el funcionamiento del laboratorio departamental. Antioquia, 2008 – 2010.

Fuente: Laboratorio departamental de salud pública.

PRODUCTOS ALCANZADOS EN EL PERIODO 2007-2010

Durante este cuatrienio se fortaleció la prestación de servicios del Laboratorio Departamental, de la Red de Laboratorios y Bancos de Sangre, contribuyendo a:

- Garantizar el diagnóstico por laboratorio de los eventos de interés en salud pública priorizados en el departamento, tanto en atención a las personas como de la vigilancia de los factores de riesgo del consumo y del ambiente.
- Los laboratorios clínicos, los bancos de sangre, la Red de microscopía de Malaria, los laboratorios de citohistopatología, de aguas y alimentos, de la red departamental en un 98% se encuentran inscritos en el programa de control de calidad, según su especificidad y grado de complejidad, mediante la Evaluación Externa Directa e Indirecta del desempeño (EEDID) .
- Desarrollo de varias Investigaciones que aportan al perfil epidemiológico del departamento y varios artículos de interés en Salud pública, publicados
- Los laboratorios de las ESES del departamento cuentan con insumos, colorantes y medios de cultivo para la realización de exámenes de interés en salud pública.
- Sistema de información para la vigilancia en salud pública operando, en forma oportuna.
- Se cuenta con una red de comunicación, ágil y oportuna, con los laboratorios y bancos de sangre de la Red.
- Profesionales de la red de laboratorios del departamento asesorados y asistidos técnicamente en los protocolos de Vigilancia Epidemiológica.
- Bacteriólogos que van a realizar el año social obligatorio estandarizados.
- El LDSP se ha articulado a la política departamental y sanitaria del país, con las Instituciones prestadoras de Salud, las Instituciones de Educación Superior. las Empresas Promotoras de Salud, otros sectores del desarrollo y las comunidades, posicionándose en un sitio de reconocida importancia en el panorama departamental y nacional de la Salud Pública.
- Se gestiona la adquisición de los recursos físicos, insumos, reactivos y equipos de laboratorio, al igual que todo el apoyo logístico para su correcto funcionamiento.
- En el LDSP, se procesaron el 100% de las muestras enviadas por los bancos de sangre para confirmar resultados positivos y se evaluó la concordancia de los negativos en los eventos de HIV, Sífilis, Hepatitis B, C y Chagas.

- Se apoya la realización de campañas masivas de donación de sangre y se ha involucrado a los servicios de transfusión y a algunos municipios del departamento en estas campañas
- Se continúa gestionando las actividades del Sistema de Garantía de Calidad en el LDSP en el proceso de Certificación ISO 9001:2000.
- La capacidad administrativa y gerencial del laboratorio, procura desarrollar un sistema de información y comunicación institucional en red a nivel Departamental
- Se fortaleció el recurso humano y tecnológico para la implementación de nuevas técnicas diagnósticas rápidas y de Biología Molecular para tener mejor capacidad de respuesta en la vigilancia de algunos eventos de interés en salud pública en atención a las personas y la vigilancia de la calidad microbiológica y fisicoquímica de aguas, alimentos, tóxicos, medicamentos y otros riesgos ambientales.
- Se ha gestionado la vinculación de recurso humano idóneo para el cumplimiento de las funciones del Laboratorio, por tanto el LDSP cuenta con recurso humano capacitado en los nuevos avances técnicos y científicos, experimentado, motivado y comprometido con la salud pública, la confiabilidad diagnóstica, para mantener una población saludable y por tanto el control de las enfermedades de interés en salud pública, que generan altos costos al sistema de salud.

Se requiere reforzar acciones en algunos eventos de interés en salud pública, para dar cumplimiento a cabalidad, a las competencias, según la normatividad vigente de un Laboratorio de Salud Pública. Con suficiente capacidad de respuesta a todas las necesidades que el Sistema de Vigilancia, exige. Nuestro compromiso se fija en estos términos: un Laboratorio de Salud Pública de la altura que la población del Departamento de Antioquia requiere.

PROGRAMA AÉREO DE SALUD 2007-2010



INTRODUCCIÓN

El Programa Aéreo de Salud (PAS) nace como respuesta a la solución de la problemática departamental al querer ampliar la cobertura en salud y poder cobijar comunidades alejadas y dispersas, planteando inquietudes que como resultado proporcionó nuevas respuestas que aplicaban a las características de nuestro Departamento.

Existe en el mismo un mapa social, epidemiológico y político heterogéneo, contradictorio e injusto en muchos aspectos, hay sectores sociales con una expectativa y calidad de vida similar a la de los países desarrollados, que coexisten con grupos marginados del bienestar deseable en el mundo contemporáneo, con problemas transgeneracionales de hambre, pobreza y enfermedades evitables. Centros de investigación universitarios con tecnologías de punta que sedimentan y adoptan los avances científicos del momento y paradójicamente observamos en la mayoría de las subregiones una cobertura educativa insuficiente y altos niveles de deserción escolar. Igual sucede en los sectores industrial y agropecuario donde ciertos grupos se han apropiado de tecnologías avanzadas y en otros grupos es evidente el rezago tecnológico que les impide avanzar en su producción y el desarrollo de su calidad de vida.

En Antioquia, la población rural habita extensas zonas carentes de los mínimos servicios de salud, educación y vivienda, lo que se refleja en su alta tasa de morbimortalidad. Las malas condiciones de las viviendas, la carencia de acueductos, alcantarillados y vías de comunicación, contribuyen a agudizar las precarias condiciones de vida de gran número de nuestros coterráneos.

Existen otros factores que aumentan su marginalidad, por ejemplo las condiciones geográficas del Departamento hacen que existan zonas con bajísimas coberturas de atención en salud, sumado a lo anterior hay dificultades de orden cultural que no permiten el acceso de minorías étnicas como los indígenas y comunidades negras, a los servicios de salud.

Es así como el PAS se abre camino en respuesta a estos interrogantes y sirve de solución a la política pública en salud, por su gran componente social, investigativo y de ayuda y capacitación comunitaria, además de ser incluyente y dejando de lado las barreras sociales y sirviendo como herramienta que ofrece mejorar el desarrollo humano integral, equitativo y sostenible con miras a elevar de manera permanente la calidad de vida de los habitantes de los municipios antioqueños.

De igual manera, también se encuentra contemplado en el Plan de desarrollo Departamental y está retomando a su vez en lo contemplado en el plan de desarrollo de la Presidencia de la República, donde se plantea que las acciones del Estado se orientarán a crear condiciones para que la población pobre supere su situación. El reto para la difusión de una verdadera protección social para el estado, es el procurar que la población y más las comunidades que visita el Programa Aéreo de Salud no tengan una ausencia de estado y que por el contrario permitan una inclusión social de sus conciudadanos y de la acumulación de un capital social humano que ha permitido el desarrollo de países como el nuestro, que han visto su progreso en el aprovechamiento de la zonas rurales y en esta medida, la economía y por consiguiente y consecuencia la salud, haciendo que estas poblaciones sean menos vulnerables a la desigualdad e inequidad social. Por tal motivo se hace necesaria la articulación de un conjunto de estrategias y programas, que realicen un impacto verdadero a la población, principalmente la menos favorecida.

Desde la primera compra de Helicópteros de la Gobernación de Antioquia y su vuelo inaugural que fue el 24 de mayo de 1980, se empezaron a hacer actividades de salud, luego se empezó el 22 de junio del mismo año con los Programas Móviles y finalmente tomó el nombre de El Programa Aéreo de Salud creado el mes de abril de 1988 con la compra de 2 helicópteros por parte de la Gobernación y la Beneficencia de Antioquia (BENEDAN), en coordinación con instituciones como: La Patrulla Aérea Seccional de Antioquia, La Asociación de Bananeros y Agricultores de Urabá (AUGURA) y el Plan Nacional de Rehabilitación. Las primeras brigadas de salud como Programa Aéreo de Salud, utilizando estos nuevos helicópteros se realizaron a partir de abril 15 de 1988 y saliendo a la primera brigada el 21 de abril de 1988.

Hoy, treinta años después, la Gobernación de Antioquia y la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, por medio del PROGRAMA AÉREO DE SALUD, continúa haciendo presencia de estado y atendiendo la salud en forma integral de esta población Antioqueña. El P.A.S. tiene en su portafolio de servicios la prestación de servicios básicos de salud en comunidades con dificultades de accesibilidad geográfica y cultural, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. También presta el servicio de transporte aéreo mediante la evacuación de pacientes, apoyo en la atención de urgencias, emergencias y desastres, apoyo humanitario, tanto a nivel Departamental como nacional, en situaciones en que el conflicto interno o desastres de tipo natural o antrópico lo requieran.

PRINCIPIOS GENERALES DEL REGLAMENTO:

Reglamento interno del PAS, Decreto 1799 de agosto 4 de 2000.

Reconocimiento y apoyo a la Diversidad Étnica y Cultural. Respeto por la dignidad humana. Compromiso con el desarrollo sostenible de las áreas selváticas, compromiso con equidad social, trabajo en equipo, intersectorial y con participación comunitaria, vocación de servicio, responsabilidad. Acatamiento estricto del D.I.H. en calidad de Misión Médica. Acción permanente hacia la construcción de la equidad en nuestra sociedad.

POSICIONAMIENTO ANTE EL D.I.H. Y EL CONFLICTO ARMADO: El Programa Aéreo de Salud se acoge a la categoría que el D.I.H. define como Misión Médica y en tal medida todos sus integrantes y unidades sanitarias estarán regidas por este reglamento y por el Código de Ética Médica.

EL EMBLEMA DISTINTIVO Y SU VALOR: El Programa Aéreo de Salud tendrá como emblema dos cruces azules sobrepuestas formando un asterisco, este emblema será de uso exclusivo para los uniformes de los integrantes de la misión médica y demarcar las unidades sanitarias y sus equipos.

IDENTIFICACIÓN: Durante todo el período asignado al cumplimiento de la misión o desarrollo de los servicios del PAS, tanto los integrantes de la misión médica como las unidades sanitarias deben estar debidamente identificados, en el primer caso con uniformes y documentos, en el segundo caso con emblemas visibles a distancia. El uso del uniforme del PAS será exclusivo para los integrantes de la misión médica que laboren para el cumplimiento de la misión del PAS.

HUMANIDAD: Este es un principio de obligatorio cumplimiento y bajo cualquier circunstancia el trato que los integrantes de la misión médica del PAS darán a los usuarios de sus servicios será humano. Quiere esto decir que prima la condición y el bienestar del ser humano sobre cualquier otra consideración, sea esta económica, política, etc.

IMPARCIALIDAD: Se refiere a que la prestación de los servicios será proporcional a las necesidades de las comunidades y la prioridad en la atención de los pacientes estará dado por la gravedad de su cuadro clínico, bajo ninguna circunstancia se discriminará a las personas por motivos económicos, étnicos, religiosos, políticos, o de cualquier otra índole.

ÉTICA: Todas las acciones del Programa Aéreo de Salud, están enmarcada en los preceptos de la ética médica, en todo caso se respetará la voluntad de los heridos y enfermos, nunca se realizarán procedimientos ni se determinarán conductas que pongan en riesgo la vida de los pacientes. Tampoco se someterá ningún paciente a experimentos ni a prácticas médicas que no tengan su consentimiento y probada su eficacia.

SENTIDO COMÚN ANTE EL CONFLICTO ARMADO: Está estrictamente prohibido a los integrantes de la misión médica participar en hostilidades, también les está obligado vigilar para que a las unidades sanitarias a ellos encomendadas y a los elementos y equipos con los cuales realizan su labor no les utilice en acciones militares o de hostilidad. Así mismo cada uno de ellos se obliga en el presente reglamento a vigilar que sus compañeros de labor guarden discreción en las discusiones respecto a los conflictos que se viven al interior de nuestra nación y en el caso dado a renunciar a actitudes o comentarios que pongan en riesgo la integridad del grupo.

PROTECCIÓN DE LA VIDA: La vida de los integrantes de la misión médica del PAS es el recurso primordial y por tanto bajo ninguna circunstancia se realizarán acciones o procedimientos que pongan en riesgo inminente su integridad y en todo caso se realizará previamente una evaluación de los riesgos que el desarrollo de cada actividad genere y se adoptarán estrategias para mitigarlo, todo ello será responsabilidad del coordinador general y de la misión.

SECRETO PROFESIONAL: Todos los integrantes de la misión médica del PAS están obligados a guardar el secreto profesional.

LABOR EN ZONAS DE HOSTILIDADES: Las actividades del PAS se suspenderán en las subregiones en las cuales se conozca de hostilidades y solo se hará presencia cuando todos los grupos armados organizados presentes garanticen la integridad y el tránsito de la misión médica.

Servicios prestados

Brigadas de salud:

Se realiza mediante la prestación de diferentes actividades asistenciales como atención en consulta médica, atención de urgencias médicas, promoción de la salud y prevención de la enfermedad médica, actividades asistenciales en enfermería, ingresos y controles de programas enfermería, actividades de prevención y promoción enfermería, atención de urgencias enfermería, atención de consulta odontológica, atención de urgencia odontológica, programa preventivo odontológico, programa ampliado de inmunizaciones PAI.

Dichas Actividades durante este período se centraron en las subregiones de Urabá, Occidente y Suroeste con un 39%, 17% y 12% respectivamente. En Urabá el municipio de Vigía del Fuerte tuvo mayor predominancia de la prestación de servicios de salud debido a presentar mayor marginalidad social y económica, y dificultades en la accesibilidad geográfica, sumado a esto las repetidas consecuencias de la ola invernal y la situación especial del conflicto armado que se presenta al igual que muchos otros municipios del Departamento.

Tabla 22. Número de servicios prestados en brigadas de salud por el P.A.S. Antioquia, 2007 a 2010.

SERVICIOS PRESTADOS	NÚMERO
Actividades realizadas	180.880
Pacientes atendidos	78.652
Brigadas realizadas	117

Fuente: Programa Aéreo de Salud

En la tabla 23 se puede observar el total de actividades realizadas por año según tipo de actividad. No presenta una variación constante ya que dependen de diferentes actividades masivas que apoya el Programa Aéreo de Salud en desplazamiento forzado a las cabeceras municipales, apoyo a las brigadas del despacho de la Primera Gestora del Departamento, realización de programa incremental intensivo en salud oral (PIISO), brigadas de carácter epidemiológico, atención a población afectada por la ola invernal ubicadas en albergues.

Tabla 23. Actividades realizadas por el P.A.S. durante las brigadas de salud. Antioquia 2007 - 2010.

AÑO	ACTIVIDADES REALIZADAS					
	MEDICAS	ODONTOLOGICAS	ENFERMERIA	VACUNACION	EDUCATIVAS	OTRAS
2.007	3.867	14.957	7.272	2.496	302	54
2.008	9.830	18.062	13.175	3.644	241	88
2.009	6.614	34.127	10.548	986	59	58
2.010	9.202	31.307	11.491	1.362	550	588
TOTAL	29.513	98.453	42.486	8.488	1.152	788

Fuente: Programa Aéreo de Salud

Se contrató para la prestación de servicio a dos pilotos de avión y uno de helicóptero que han permanecido durante el período de 2007-2010 y además dos odontólogos, un médico, APH y despachador de vuelos a partir de mediados de 2009.

Tabla 24. Personas atendidas por el P.A.S. durante las brigadas de salud. Antioquia 2007 - 2010.

AÑO	PERSONAS ATENDIDAS			
	MEDICAS	ODONTOLOGICAS	ENFERMERIA	VACUNACION
2.007	3.696	1.822	3.572	1.106
2.008	9.358	4.683	4.562	1.745
2.009	5.968	8.474	8.442	757
2.010	8.621	7.499	7.562	785
TOTAL	27.643	22.478	24.138	4.393

Fuente: Programa Aéreo de Salud

La principal causa de morbilidad encontrada es la infección respiratoria aguda (IRA) presentándose en el 17,19%, la segunda fue la infección de las vías urinarias (IVU) con un 13,79% y la tercera fue la parasitosis intestinal con un 12,38%. Los principales factores condicionantes de la morbilidad se derivan de las pobres condiciones higiénicas sanitarias de estas comunidades, además de falta en aseo y la preparación inadecuada de los alimentos, también el hacinamiento, el cocinar los alimentos con leña, y cambios climáticos con situaciones extremas. El resto de causas de morbilidad, el síndrome anémico directamente relacionado con la parasitosis y la enfermedad ácido péptica son poco cambiantes y presentan una tendencia que se prolonga en el tiempo.

En los niños menores de 1 año se presentó la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) como principales causas de morbilidad con un 39.9% y 36.36% respectivamente, al igual que en el grupo de 1 a 4 años se presentó la parasitosis intestinal y la IRA con un 33.5% para cada una. El grupo etáreo con mayor proporción de consultas médicas fue de 15 a 44 años.

En cuanto a la atención odontológica, la estrategia planteada por el Programa Aéreo de Salud está enfocada principalmente a la población escolar. Esta población escolar en un 95% comprendió tratamientos totalmente terminados ya que es objeto de las brigadas prestar especial atención a la población entre 5 y 14

años, que es el período de cambio de la morfología oral (dentición temporal a dentición mixta o permanente).

En un 90% los niños en edad escolar cumplen con el programa preventivo de salud oral.

El incremento en las actividades en un 88.3% se dio con ingreso de recurso humano contratado apartir de mediados de 2009 y además a estrategias en la programación de las comunidades realizándola de manera escalonada en lo corrido de la semana y una utilización adecuada en la complementación a través del apoyo de las Empresas sociales del Estado (ESE) y voluntariado.

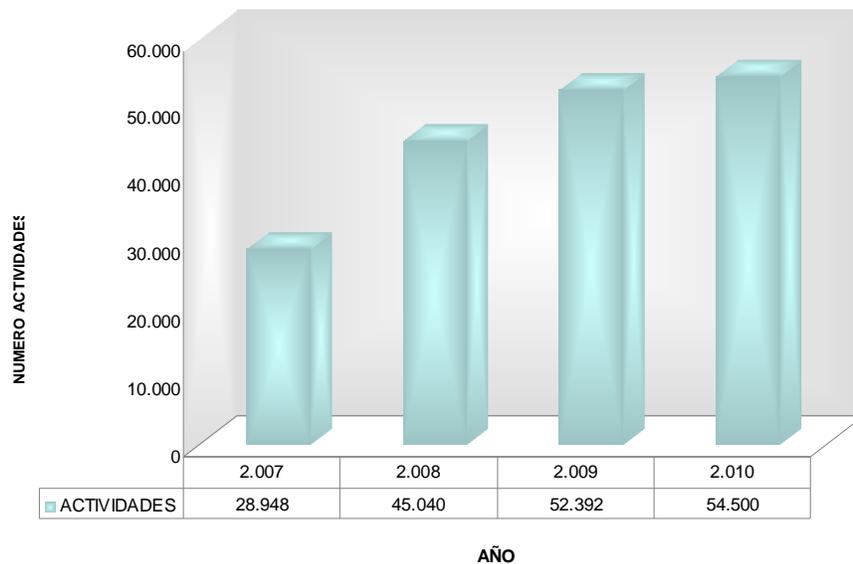


Figura 28. Número de actividades realizadas por el P.A.S. Antioquia 2007 - 2010.
Fuente: Programa Aéreo de Salud

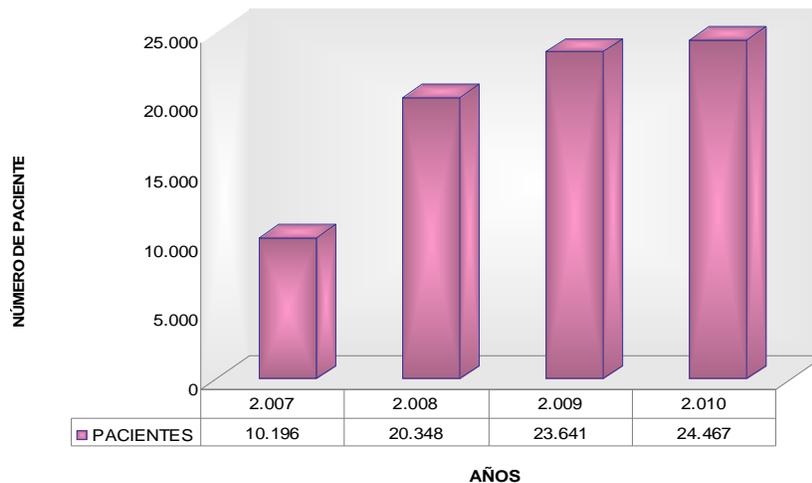


Figura 29. Número de pacientes atendidos por el P.A.S. Antioquia 2007 -2010.
Fuente: Programa Aéreo de Salud



Transporte aeromédico de pacientes:

Realizar atención médica de determinados pacientes que necesitan un nivel de atención de mayor complejidad, teniendo en cuenta distancia y vías de acceso, en los modelos de transporte primario y secundario con equipos y tecnología en aeronaves adecuadas para tal fin, con personal médico y paramédico con capacitación en trasporte aéreo, soporte vital básico y avanzado.

Durante el período 2007-2010 se realizaron un total de **244** transporte aeromédicos, tanto en referencia como en contra referencia, de los municipios con mayores dificultades de accesibilidad del Departamento, Viéndose beneficiados los pacientes en la atención de manera eficiente y segura, en una institución de salud con un nivel superior de complejidad.

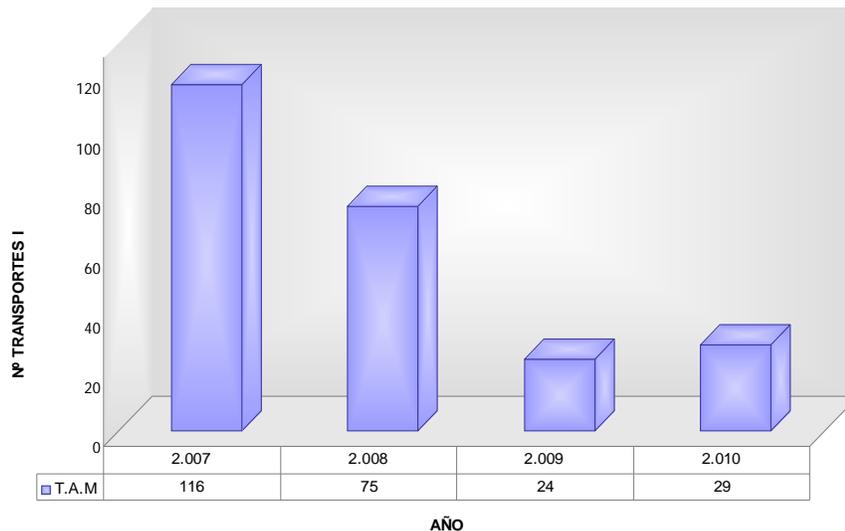


Figura 30. Número de trasporte aeromédico de pacientes realizado por el P.A.S. Antioquia, 2007-2010.
Fuente: Programa Aéreo de Salud



Atención de urgencias emergencias y desastres:

Es la realización de apoyos a la atención de urgencias y emergencias y desastres, es una actividad realizada en la implantación coordinación y operación del MEC y PMU (Modulo de Estabilización y Clasificación y Puesto de Mando unificado) con elementos de comunicación, seguridad, asistencia en salud y medios de transporte; además de equipos y personal entrenado en búsqueda salvamento rescate y triage en la zona del impacto.

Se cuenta con el apoyo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE, con quien de manera coordinada se realizan actividades de comunicación interna y externa, activación de cadena de llamada y regulación de pacientes en los diferentes niveles de atención en salud acorde a la red Departamental instalada.

De igual manera se apoya al Departamento Administrativo del Sistema de Prevención, Atención y Recuperación de Desastres – DAPARD, en la prevención, atención y recuperación de los distintos eventos naturales, antrópicos o tecnológicos que superen la capacidad técnica, operativa o financiera de las localidades.

Se realizaron un total de 50 atenciones a emergencias y desastres en el Departamento entre 2007- 2010.

La temporada invernal en las zonas rivereñas de los ríos Magdalena Cauca y Atrato hizo que en los municipios área de influencia se presentaran inundaciones y vendavales afectando dichas subregiones principalmente.

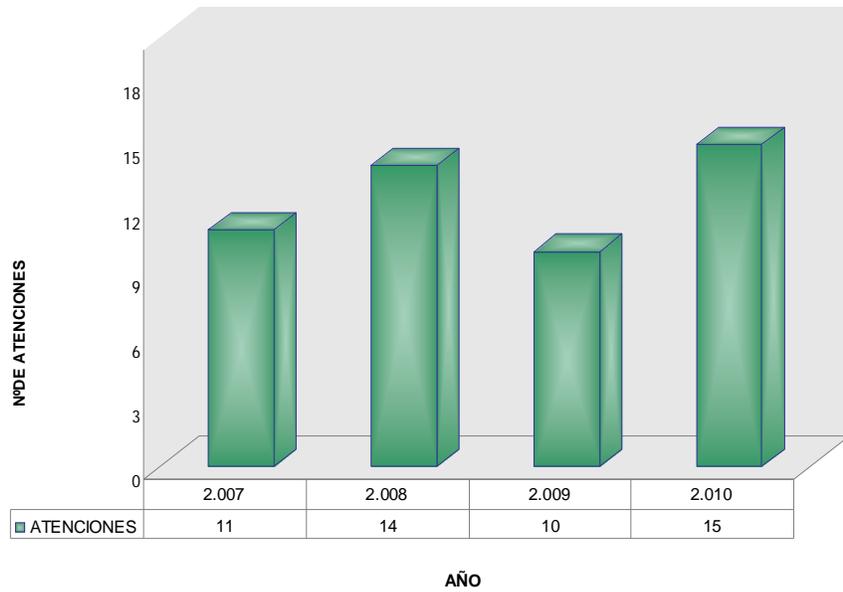


Figura 31. Número de atenciones de urgencias emergencias y desastres atendidas por el P.A.S. Antioquia, 2007-2010.
Fuente: Programa Aéreo de Salud

Apoyo humanitario:

Búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de heridos y enfermos así como la prevención de enfermedades y la administración de las unidades y medios de transporte sanitarios.

Se realizaron 12 apoyos humanitarios en el período 2007-2010, así:

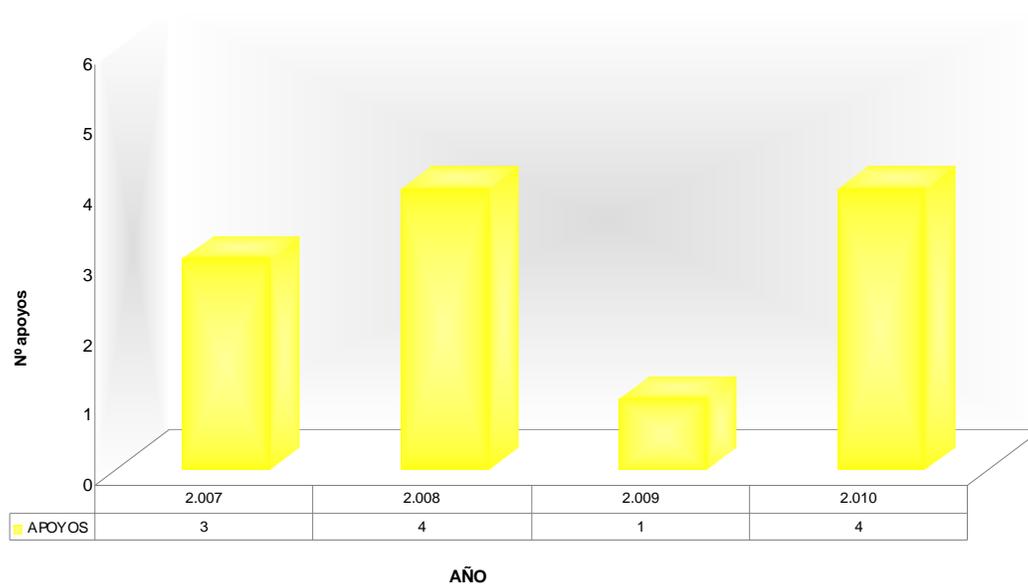


Figura 32. Número de apoyos humanitarios realizados por el P.A.S. Antioquia, 2007-2010.

Fuente: Programa Aéreo de Salud



Red Departamental de comunicaciones:

Operación y mantenimiento de la red departamental de comunicaciones en el sector salud en apoyo al CRUE, CRAE, la atención de urgencias, emergencias, brigadas de salud referencia y contra referencia de pacientes.

Para tal efecto se realizó las siguientes actividades:

- 12 visitas de mantenimiento a repetidoras
- 6 visitas de mantenimiento a equipos de radiocomunicación



Transporte terrestre de paciente:

Servicio realizado desde plataforma del hangar del PAS hasta el hospital de segundo, tercer o cuarto nivel de atención de Medellín o traslado de institución a institución de la red de referencia y contra referencia de la S.S.S.A y P.S.A, dentro del área metropolitana.

Se transportaron un total de 46 pacientes en la ambulancia tipo TAB (Transporte Asistencial Básico) con la tripulación destinada para tal fin, conductor y técnico en atención pre hospital y dado el caso con medico general.



Recepción de heridos en masa en plataforma:

Siendo el Olaya Herrera uno de los aeropuertos del país con más operaciones aéreas y Medellín la ciudad con infraestructura hospitalaria más grande de la región, se ha convertido en uno de los centros más importantes de referencia y contra referencia de pacientes no solo del Departamento sino también de departamentos vecinos, principalmente en la recepción de heridos en masa.

El Programa Aéreo se ha convertido en dicho centro por los recursos con que cuenta tanto de equipos médicos y de ambulancias como de personal idóneo en recepción y triage de dichos pacientes y en ser líder en el manejo de Puesto de mando unificado (PMU).

Para tal fin se ha diseñado y puesto en marcha el procedimiento recepción de heridos en masa para las Fuerzas Militares y en caso de urgencia, emergencia o desastre de gran magnitud en Medellín y resto del País, dentro del plan de emergencias Aeroportuario del Aeropuerto Olaya Herrera.

Es así como se ha hecho recepción de 769 heridos en masa en la plataforma del Programa Aéreo de Salud. Las cuales tuvieron una variación porcentual del 91.7% en el 2010 con respecto al año inicial analizado. El aumento en la recepción de heridos en masa se debe al subregistro, al no tener el procedimiento establecido y al aumento de las operaciones militares.

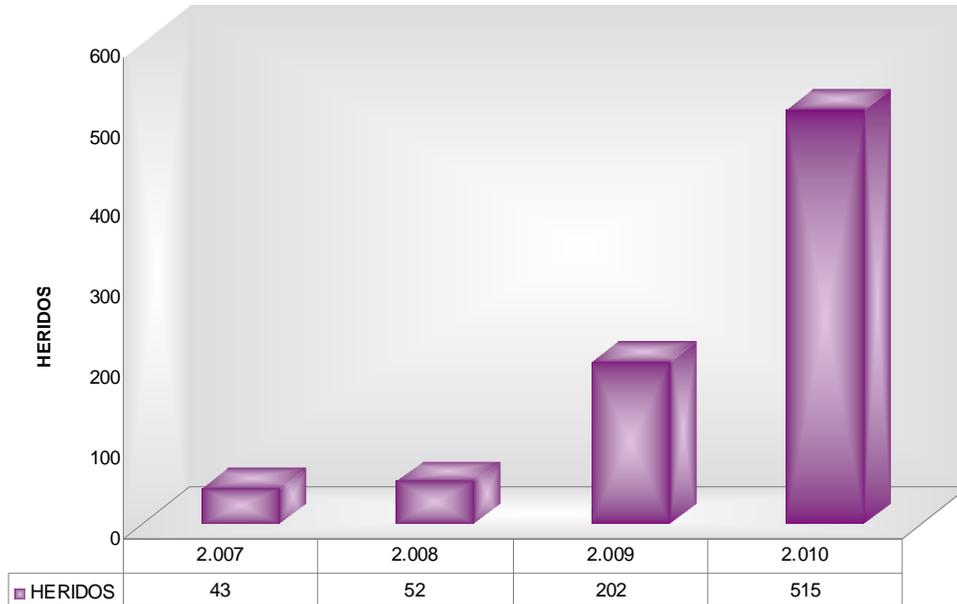


Figura 33. Recepción de heridos en masa en el P.A.S. Antioquia, 2007-2010
Fuente: Programa Aéreo de Salud



Actividades educativas:

Las actividades educativas se constituyen en un fuerte elemento de primordial acción en cuanto al acompañamiento de las comunidades se refiere, primordialmente en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo a los grupos poblacionales más vulnerables y enfocados a la principal morbilidad encontrada. De esta manera se han podido conformar y capacitar los comités de salud de las comunidades en temas primordiales de atención, como hábitos de vida saludable como hervir el agua y hábitos de higiene en la

preparación de los alimentos hasta cursos de toma de presión arterial, inyectología, sutura, entre otros.

Otro factor importante en la educación es la realización de la promoción y difusión del Derecho internacional Humanitario y los principios que fundamentan la misión médica como lo son la humanidad, la ética profesional, la neutralidad y la imparcialidad que deben tener los funcionarios de salud en calidad de misión médica así como también los deberes y derechos de cada uno.

Brigadas epidemiológicas:

Son brigadas de tipo investigativo y de importancia para la salud pública del Departamento y que tiene como objetivo el diagnóstico de brotes, que por sus características no se ha podido catalogar o determinar por medios locales su origen y manejo y que requieren de una rápida acción y atención de un grupo interdisciplinario e interinstitucional para en la zona de impacto, iniciar actividades de estabilización de pacientes en terreno, regular y transportar pacientes a un mayor nivel de atención, cuando se ve copada la capacidad logística y operativa, toma masiva de muestras y utilización de laboratorios regionales de referencia y si es del caso nacionales y extranjeros, dada la importancia y gravedad del evento.

En estos 4 años se han realizado dos:

- Chocó Carmen del Darién en Chigorodó y Mamey : atención de niños con desnutrición.
- Chocó Medio Atrato Bete en la comunidad de Bebara: Atención de casos de tosferina.
- Chocó Medio Atrato Bete en la comunidad de Cristalina: Atención de casos de tosferina.

Proyectos Productivos

La razón de ser del PAS es promover la salud de las comunidades más pobres y vulnerables del Departamento, condicionada por factores económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos mediante la promoción y prevención, pero además sustentado en la realización de proyectos y actividades que permiten un concepto holístico en la solución integral, duradera y auto sostenible de la problemática en salud de las mismas. Se trata de un sistema participativo que identifica las necesidades sentidas y prioridades de la comunidad y los funcionarios del PAS, quienes son un medio que permite facilitar y llevar a feliz término la consecución de dichos proyectos.

Es así como en estos últimos 4 años el PAS ha logrado desarrollar el siguiente proyecto productivo por un costo total de 40 millones de pesos.

Sabanalarga – Oro bajo

Oro bajo es una comunidad Indígena Mutabe y es la única población existente de este tipo en el país. Se encuentran ubicados a la orilla del río Cauca en límites con los municipios de Peque e Ituango.

Proyecto Manuelita cultivo y sistema de riego:

En octubre de 2006 se inicia proyecto productivo consistente en **Manuelita, sistema de riego y una hectárea de cultivo**, dicho proyecto se comenzó durante la realización de brigadas de salud por el programa aéreo creado por la necesidad de la comunidad en el sentido que poseen tierras demasiado áridas y no aptas para el cultivo y que ha generado desnutrición en los grupos poblacionales más susceptibles.

Es así como se crea el proyecto por la comunidad y el Programa Aéreo de salud para ser presentado por la alcaldía a través de la UMATA a la Secretaría de Agricultura del Departamento.

Para la realización de la infraestructura física fue necesario el transporte helicoportado de todo el material como adobes cemento y el sistema de riego; dicho transporte fue realizado por el PAS con el apoyo de la Fuerza Aérea.

En septiembre de 2008 se dan por terminados los trabajos y se realiza la inauguración con la primera molienda, previo cultivo de una hectárea de caña además maíz y plátano.



Peque – Lomitas

Comunidad campesina a 8 horas por camino de herradura de la cabecera municipal.

Proyecto de Placa Polideportiva:

En la actualidad se encuentra en desarrollo de dicho proyecto, se cuenta con todo el material disponible y solo queda el transporte desde una vía carretable cercana en el municipio de Ituango para ser transportada en helicóptero a dicha comunidad para su construcción. Esta comunidad se demoraría más de un año para el transporte de material por tierra. La población beneficiada son más de 160 familias de la vereda y circunvecinas.

Asunción De Prestación De Los Servicios De Salud De Comunidades Pas

La Ley 1122 de 2007 en sus artículos 26 y 31, prohíbe taxativamente la prestación de servicios de salud directamente a través de los Entes Territoriales y para tal efecto el PAS realizó primero convenios de cooperación con los municipios y el 10 de agosto de 2007 fue emitido por parte del Ministerio de la Protección Social el Decreto 3040 de 2007, el cual permite transitoriamente seguir prestando dichos servicios previa solicitud de autorización debidamente sustentada; el PAS presentó dicha solicitud al Ministerio a finales del mes de agosto de 2007 y en diciembre del mismo año se solicita que el período de tiempo para realizar el proceso de empalme y entrega de dichas comunidades que atiende el PAS, fuera de 3 años a partir de la expedición de dicho Decreto que fue prorrogado por 3 años más debido a la imposibilidad de asumir las comunidades por dichos municipios.

Conclusiones

Gran parte de la problemática de los municipios se encuentra basada en el conflicto armado que tiene el país, con emplazamiento y desplazamiento de la población, zonas que son inaccesibles por las minas antipersonal, la topografía agreste de la región, vías de acceso, inaccesibilidad por parte de los actores del conflicto.

Es así como el PAS se convierte en una ventaja estratégica para la prestación de servicios de salud en las comunidades más apartadas del Departamento de Antioquia y vecinos porque cuenta con los medios de transporte tanto aéreos como terrestres para la realización de brigadas de salud, transporte aeromédico de pacientes, atención de urgencias, emergencias, desastres y apoyo humanitario.

Además cuenta con el respaldo y posicionamiento ante los actores del conflicto con 30 años de estar visitando zonas del conflicto armado del Departamento, con funcionarios con una alta experiencia en el manejo de actividades comunitarias, realización de proyectos productivos, atención en salud, manejo de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y con un vasto conocimiento de misión médica y derecho internacional humanitario principalmente en medidas de precaución para reducción de la amenaza, vulnerabilidad y riesgo en situaciones del conflicto armado, asumiendo actitudes y factores personales con criterios humanitarios, además de la correcta utilización de unidades sanitarias, uso del emblema protector y manejo de los medios de comunicación.

Todo esta inversión social a las comunidades al final constituye un elemento de creciente importancia en contribuir a la reputación y el respeto de las organizaciones que como el PAS se ha ido posicionando en el Departamento como emblema histórico de la salud y patrimonio de los Antioqueños y Antioqueñas que a lo largo de estos años se han beneficiado de una u otra

manera de un sueño pensado en mejorar su situación de salud en zonas de difícil acceso y conflicto armado y de esta manera ser la única presencia de estado.