

INFORME DE GESTIÓN 2012 PROMOCIÓN SOCIAL

La Promoción Social, en general, es una acción o conjunto de intervenciones dirigidas a impulsar una persona o un grupo de personas de la sociedad que carece de los medios y oportunidades para manejar una situación de privación o vulnerabilidad. Esa intervención puede ser individual o colectiva, con el fin de producir transformación en la calidad de vida de éstos. Todo lo anterior, con un enfoque diferencial, que permite el reconocimiento de condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, como sujetos/as de derecho, desde una mirada de Grupo Socioeconómico, género, etnia, discapacidad e identidad cultural y de las variables implícitas en el ciclo vital: Infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Los componentes del Eje de Promoción Social desde la Secretaría de Salud de Risaralda, son:

ASUNTOS ÉTNICOS: Atención a la población Indígena y a la población Afrorisaraldense

DISCAPACIDAD: Fortalecimiento del Sistema Nacional de Discapacidad, desarrollo normativo y de Políticas Públicas en Discapacidad. Elaboración e implementación del Plan Departamental de Discapacidad.

ENFOQUE DE GÉNERO: Reglamentación Ley 1257 de 2008, Sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

ESTRATEGIA DE ENTORNOS SALUDABLES: Escuelas Saludables, Viviendas (Hogares Saludables y Entornos Laborales Saludables).

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A POBLACIÓN DESPLAZADA: Educación en Salud, Participación comunitaria, Intervenciones en Salud Mental, divulgación de Deberes y Derechos.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Fortalecimiento de los Espacios de Participación Social, de acuerdo al decreto 1757 de 1994, elaboración de diagnósticos comunitarios, Divulgación de los Deberes y Derechos del SGSSS-

CICLO DE VIDA: Infancia y Adolescencia, Juventud, Envejecimiento y Vejez.

SALUD MENTAL Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Implementación de la Política Nacional de Salud Mental y de Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas.

1. MARCO JURÍDICO

1.1 PROGRAMA DISCAPACIDAD

Ley 092 del 2011, Por medio del cual se garantiza el “goce efectivo de las personas con discapacidad”

Constitución Política de 1991

Ley 115 de 1994: Disposiciones generales de educación, ver en detalle capítulo I, Título III artículos 46 a 49.

LEY 1346 DE 2009 “ADOPCIÓN DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”

LEY 145 DE 2007 “PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN MATERIA DE DISCAPACIDAD”

LEY 361 DE 1997: Artículo 72. El Estado garantizará los adecuados mecanismos de concertación en el diseño y ejecución de las políticas que tengan que ver con la población limitada, con las organizaciones de y para personas con limitación

LEY 1145 DE 2007 “ Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones” Artículo 17 De conformidad con la Ley 715 de 2001 o las normas que hagan sus veces o la complementen, los departamentos, distritos, municipios y localidades, de acuerdo con sus competencias, incorporarán en sus planes de desarrollo sectoriales e institucionales, los diferentes elementos integrantes de la política pública para la discapacidad y del Plan Nacional de Intervención al mismo, los adaptarán a su realidad y asumirán la gestión y ejecución de acciones dirigidas al logro de los objetivos y propósitos planteados en los componentes de promoción de entornos protectores y prevención de la discapacidad, habilitación, rehabilitación, y equiparación de oportunidades

Ley 1450 de 2011: Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014

Artículo 176°. “DISCAPACIDAD. El Estado, conforme a los lineamientos de la política pública de discapacidad y las estrategias de implementación para ella contempladas en las bases del Plan Nacional de Desarrollo, desarrollará las acciones para la prevención, la rehabilitación y la integración de la población afectada por cualquier tipo de Discapacidad, a fin de brindar oportunidad de inclusión social. Para el efecto deberán concurrir en su financiamiento y gestión las entidades territoriales y las organizaciones sociales. De conformidad con la Constitución Política y la Ley.

Acto Legislativo 03 de 2011 Todos los Ministerios, en concordancia con la directriz del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, elaborarán un plan interinstitucional en un término no mayor a dos (2) años, en el que, se determinen los recursos requeridos para la protección de los derechos de las personas con discapacidad. El gobierno Nacional apropiará los recursos necesarios en concordancia a este auto



Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en salud y en su Capítulo 3 , Título 3 se relaciona la atención primaria en salud para población diversa y énfasis en atención diferencial.

1.2 PROGRAMA ADULTO MAYOR

Resolución 46/91 de 1991 de las Naciones Unidas, Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.

Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid 2002

Resolución 58/134 de 2003 de la Asamblea de las Naciones Unidas.” Indispensable que el fenómeno del envejecimiento se integre en las políticas de desarrollo para la consecución de los objetivos de desarrollo internacionalmente convenidos, incluidos los de la Declaración del Milenio.”

La Constitución política de 1991 Incluye los principios, orientaciones y avances internacionales y nacionales más importantes en materia de derechos humanos, y sienta las bases para actualizar las normas relativas al envejecimiento, la protección, respeto, garantía y promoción de los derechos de las personas mayores. Desde la concepción de la equidad de la Constitución (art.13 y 46), las personas mayores son uno de los sujetos de derecho que les confiere tratamiento jurídico especial.

Ley 1276 de 2009 “Reforma la Ley 48 de 1986, que autorizó a las Asambleas departamentales y al Distrito de Bogotá a expedir una estampilla para la construcción de los Centros de Bienestar al Anciano. La actual ley extendió esta facultad a todos los municipios y tiene por objeto la protección a las personas mayores de los niveles I y II de SISBEN, mediante la aplicación de los recursos de recaudo de la estampilla pro adulto mayor, orientados a fortalecer a los centros de bienestar del adulto mayor y a los Centros Vida o Día, instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida.”

Ley 1251 de 2008 “Tiene por objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez. Crea el Consejo Nacional de Adulto Mayor, tema pendiente de reglamentación.. Esta ley coloca en cabeza del Ministerio de la Protección Social (o de quien haga sus veces) la responsabilidad de liderar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.” “Determina que el Ministerio de la Protección Social debe llevar a cabo el proceso de definición y desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez”

La Ley 1151 de 2007 (art.6º.) PND. Seguridad Económica y subsidio a las pensiones Estableció el Programa de subsidio de aporte a la pensión con cargo al Fondo de Solidaridad pensional.

Ley 1315 de julio 13 de 2009. Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

Ley 1171 de 2007. Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores; tiene por objeto conceder a las personas mayores de 62 años



beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida.

Ley 1091 de 2006 Se reconoce al Colombiano de Oro y le confiere derecho a atención preferencial, servicio de salud brindado por el Sistema General en Seguridad Social Integral y descuentos en programas especiales de turismo

Ley 789 de 2002 desarrolla el Sistema de Protección Social creado por la ley 100 de 1993.

Resolución 07020 del 1° de septiembre de 1992 Resolución de aplicación en todas las entidades del subsector público y privado, cuyo postulado básico es el derecho a que se reconozca la vejez como el periodo más significativo de la vida humana.

El Código Civil refiriéndose a los derechos para las personas de la tercera edad, establece las obligaciones de la familia “Tienen derecho a reclamar cuidado de sus hijos (artículo 251) y de los demás consanguíneos próximos (artículo 252, 256). En el artículo 411 establece que se deben alimentos a los ascendientes. La obligación del cuidado comprende la atención, vigilancia, tenencia y suministro de los requerimientos físicos, psíquicos, espirituales, etc. Esta obligación de cuidado puede prestarse de manera personal y directa o a través una persona natural o jurídica, siempre que requiera de servicios especiales o los servicios sean mejores. Este derecho puede tener un alcance total o parcial, según se carezca en todo o en parte de los medios económicos.”

Sentencias T760 de 2008. T527 de 2006, T073 de 2008. Han determinado que la atención integral a los adultos mayores debe ser una prioridad para las instituciones del sector de la salud.

Ley 1276 del 05 de enero de 2009, a través de la cual, se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del Adulto Mayor en los Centros Vida.

LEY 1315 DE 2009 de julio 13. Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

POLITICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2007-2019 Ministerio de Salud y Protección Social.

1.3 INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Se consideró pertinente la expedición de la **Declaración de los Derechos del Niño** en **1959**, situación que se vio antecedida de la creación oficial del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia **UNICEF** en **1953**.

Ya en **1979** con la institución del **año internacional del Niño**, comenzó un debate que culminó en el año de **1989**, con la suscripción de la **Convención sobre los Derechos del Niño**, la cual se encuentra vigente en el ámbito internacional, la cual fue incorporada mediante Ley de la República por Colombia gracia a la **Ley 12 de 1991**.



En el año de **1991**, Colombia con su nueva **Constitución Política** y bajo un nuevo modelo de gestión, determinó que los siguientes son los derechos fundamentales de los niños: (Artículo 44) la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión; la protección contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos; y el goce de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. Seguidamente en el **Artículo 45**, hace mención a los adolescentes e indica que tienen derecho a la protección y a la formación integral.

La **Ley 100 de 1993** “por medio de la cual se crea el régimen de seguridad social” determina en el artículo 163 que los menores de 18 años se encuentran dentro de la cobertura familiar de los afiliados al sistema.

La **Ley 124 de 1994** determina la prohibición de Bebidas Embriagantes a menores de edad, dirigida a garantizar la protección respecto de prácticas nocivas para su salud e integridad.

La **Ley 294 de 1996** establece medidas especiales de protección contra la violencia intrafamiliar, así como implicaciones de tipo penal para quienes ejecuten esta clase de prácticas ilegales.

La **Ley 670 de 2001**, se determina que los menores tienen derecho a ser protegidos en su vida, integridad física y salud y para ello, los padres deben orientar a sus hijos sobre la prohibición del uso de la pólvora y explosivos, para lo cual determina responsabilidades de reglamentación a los alcaldes municipales en ese sentido.

La **Ley 679 de 2001** desarrolla un estatuto dirigido a prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución Política, reconociendo esta grave problemática en el país, que perjudica directamente la integridad, la salud y la existencia de los niños, niñas y adolescentes.

La **Ley 704 de 2001**, Colombia se suma a la cruzada internacional por erradicar las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.

La **Ley 765 de 2002** adopta para el Estado colombiano el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño referente a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía, determinando en su artículo 1ro lo siguiente: “Los Estados Partes prohibirán la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil, de conformidad con lo dispuesto en el presente Protocolo.”

La **Ley 800 de 2003** acoge los lineamientos y determinantes plasmados en la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional" y el "Protocolo para Prevenir, Reprimir y sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional", adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas.



La **Ley 882 de 2004** califica como agravante la comisión del delito de violencia intrafamiliar sobre un menor de edad.

La **Ley 1098 de 2006** contiene el Código de Infancia y adolescencia, el cual tiene por finalidad según lo expone su artículo 1ro, “garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” En dicho código se describen declaración de derechos, obligaciones para la familia y el Estado, medidas de restablecimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes, adopción, jornada de trabajo para adolescentes y sistema de responsabilidad penal para adolescentes.

La **Ley 1146 de 2007** dirigida a prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, crea el Comité Interinstitucional Consultivo para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual, así como aspectos para la atención inmediata de las víctimas.

La **Ley 1257 de 2008** permite a los funcionarios competentes prohibir a los agresores intrafamiliares esconder o trasladar de la residencia a los niños y niñas presentes.

La **Ley 1295 de 2009**, determina que los niños y niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN, deben ser atendidos de manera integral, para lo cual exhorta a diferentes entidades del orden nacional como territorial para que presenten una propuesta en ese sentido.

La **Ley 1329 de 2009** crea nuevas conductas típicas que serán consideradas como delitos en contra de la integridad de los niños, niñas y adolescentes, consistentes en explotación sexual comercial.

La **Ley 1335 de 2009** presenta indicaciones sobre la prohibición de la venta de cigarrillos, tabaco y sus derivados a menores de 18 años.

La **Ley 1336 de 2009** complementa lo expuesto por la Ley 679 de 2001 ya referenciada en este escrito, que se encarga de prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con niños, niñas y adolescentes.

La **Ley 1361 de 2009** plantea como objeto el fortalecimiento integral de la institución familiar como núcleo central de la sociedad; para lo cual plantea disposiciones necesarias con el fin de elaborar políticas públicas para la familia.

La **Ley 1385 de 2010** concentra sus esfuerzos en plantear acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo.

La **Ley 1388 de 2010** reglamenta la situación de los niños con Cáncer en Colombia, determinando que de manera previa cuentan con la autorización de todos los procedimientos requeridos de manera integral e inmediata.

La **Ley 375 de 1997**. Reglamenta la Ley General de Juventud.



La Ordenanza 015. Por la cual se adopta la Política Pública de Juventud del departamento de Risaralda.

1.4 PROGRAMA VÍCTIMAS

LEY 1448 de junio 10 del 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4800 de 2011, "Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones

Decreto 4802 del 20 de diciembre de 2011, por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la atención y reparación Integral a las víctimas

SENTENCIA T-025/2004 La Corte Constitucional resolvió en esta sentencia declarar un estado de cosas inconstitucional relativo a la situación de la población desplazada. Derechos mínimos que el Estado debe garantizar a la población desplazada: Vida, dignidad, integridad física, psicológica y moral, familia y unidad familiar, subsistencia mínima, salud, protección frente a prácticas discriminatorias basadas en el desplazamiento, educación para los menores de 15 años de edad, provisión de apoyo para el autosostenimiento.

Auto 052/08 Solicita Información de situación PSD en territorios

Auto 092/08 Protección Derechos de las Mujeres

Auto 116/08 Indicadores de Goce Efectivo de Derechos

Auto 237/08 Incumplimiento Auto 092

Auto 251/08 Protección a los niños, niñas y adolescentes

Auto 004/09 Protección a indígenas

Auto 005/09 Protección a población afrodescendiente

Auto 006/09 Protección a personas con discapacidad

Auto 007/09 Coordinación de Política Pública

Auto 008/09 Persistencia del estado de cosas inconstitucionales

Auto 011/09 Falencias en los sistemas de registro y caracterización

Auto 314/09 Corresponsabilidad entes nacionales y territoriales

1.5 MUJER Y FAMILIA

LEY 1361 de diciembre 03 del 2009. Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia.

LEY 1257 del 04 de diciembre de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2734 del 27 de diciembre de 2012, Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia

1.6 PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CIUDADANA



La Constitución Nacional de 1991 hace ver al ciudadano como fin esencial del Estado y hace énfasis en la Participación de los ciudadanos en la gestión de lo público

La Ley 10 de 1990 en su artículo 3º. Establece los Principios Básicos: Participación Ciudadana: Es deber de todos los ciudadanos, propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios de salud”. Participación Comunitaria: La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta Ley y en sus reglamentos.

El decreto 1757 de agosto de 1994 Establece formas y mecanismos de participación social en salud según:

Participación ciudadana

- servicio Información al Usuario
- Servicio Atención a la Comunidad

Participación comunitaria

- Comités de Participación Comunitaria

Participación en las Instituciones del Sistema

- Asociaciones de Usuarios de ESE.
- Asociaciones de Usuarios de IPS ARS y EPS públicas y privadas
- Comités de Ética Hospitalaria Representantes ante Juntas Directivas de EPS e IPS
- Procesos Cogestionarios de Planeación y de veeduría en salud

Participación social

- Representación en los consejos territoriales de seguridad social en salud

LEY 850 del 18 de noviembre de 2003. Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas.

Circular Única de la Supersalud. TITULO VII PROTECCIÓN DE LOS USUARIOS Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

1.6 ENTORNOS SALUDABLES

La Estrategia Escuelas Saludables surge como una alianza entre los Ministerios de Educación y Salud, en el marco de la ley 100 de 1993 y la ley 115 de 1994. Se acoge a los lineamientos propuestos por la organización mundial de la salud OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF.

Plan Nacional para la niñez y adolescencia 2009-2010. ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio). Convención Internacional de los derechos de los niños (1989). Código de Infancia y adolescencia: Ley 1098 de 2006.



Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas, 20 de noviembre 1989 Su espíritu es transformar a niñas y niños en sujetos de una amplia gama de derechos y libertades, reconoce su dignidad como personas y en consecuencia el cumplimiento de sus derechos se hace obligatorio y jurídicamente exigible.

Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1990. Los jefes de Estado suscribieron la Declaración mundial para la supervivencia, protección y desarrollo de los niños del mundo. Se plantearon obligaciones en los campos de salud, nutrición, protección, educación, agua potable y saneamiento básico. Naciones Unidas

Plan Nacional de Acción en Favor de la Infancia PAFI. Presidencia de la República, DNP y la cooperación de Unicef, 1992. Se instituyó dentro del marco anterior y retomando los planteamientos de la Convención Internacional de los Derechos del Niño y de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

Pacto por la Infancia. Contempla la elaboración de planes territoriales, con acciones en los ámbitos Nacional, Departamental y Municipal con el propósito de comprometer a las instituciones y a los diferentes sectores con la supervivencia, desarrollo, protección y participación de los niños, niñas y adolescentes.

En desarrollo de la Constitución Política, se sancionaron: la Ley 100/93 Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Plantea un modelo de salud descentralizado, participativo, solidario, que busca la cobertura total de la población en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se presta a través del Plan de Beneficios constituido por: PAB, POS, ATEP y Eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

Ley General de Educación. Ley 115/94 Reglamenta la estructuración de los PEI derroteros de obligatorio cumplimiento donde se articulan intereses de los diferentes actores de comunidad educativa. "La formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización del tiempo libre" constituyen una oportunidad para desarrollar la salud de los escolares y abre el espacio para la coordinación con el sector salud. Sector Educación

Decreto 1860/94 Reglamentario del PEI, e l cual se constituye en espacio para la reflexión y concertación acerca de los problemas que afectan a la comunidad educativa. Los componentes de promoción de estilos de vida y ambientes saludables pueden incorporarse dentro de éste, a través de los proyectos pedagógicos de salud. Sector Educación

Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. En su Capítulo I. Artículo 6º. Elaboración Plan Decenal de Salud Pública, a través de un proceso amplio de Participación Social y en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud

2. DIAGNÓSTICOS PROMOCIÓN SOCIAL

Durante los años 2011 y 2012, se logró avanzar en unos diagnósticos preliminares, que nos han permitido estar aterrizados, frente a las realidades de las diferentes poblaciones y a la manera como se pueden programar las próximas acciones a incluir dentro del Plan de Desarrollo 2012 - 2015.

2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Durante el segundo semestre del año 2012, se realizó visita a cada uno de los 14 municipios encontrándose lo siguiente:

- No existen COPACOS en todos los Municipios
- Falta de autonomía en las Alianzas de Usuarios
- Dependencia de las personas que los convocan a excepción de ESE Salud Pereira y Liga de usuarios de Santa Rosa
- No existe un Plan de Acción escrito que oriente las acciones de las Alianzas.
- Contar con un grupo de personas comprometidas y dispuestas a trabajar
- Compromiso de los Gerentes y los Directores Locales de salud
- Existe compromiso de las personas que pertenecen a la Alianza de Usuarios como de quienes convocan
- Los Gerentes se encuentran comprometidos con las Alianzas de Usuarios
- Existe un grupo de veedores capacitados y dispuestos a hacer su trabajo
- Creación de la Red Institucional de Veedores con un Plan de Acción
- La alta rotación del personal en algunos Municipios se convierte en una amenaza para los procesos iniciados.

MUNICIPIO	ESPACIOS DE PARTICIPACION
QUINCHA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal
PEREIRA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios ESE Salud Pereira • Asociación de Usuarios Hospital San Jorge • Comité de Ética Hospitalaria • COPACO • Veeduría Municipal
GUATACA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal
LA CELIA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal
SANTA ROSA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal
MISTRATO	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Veeduría Municipal
MARSELLA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal
DOSQUEBRADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal
BELÉN DE UMBRÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • COPACO • Veeduría Municipal
LA VIRGINIA	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal
APIA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética • COPACO • Veeduría Municipal
SANTUARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética • COPACO • Veeduría Municipal
BALBOA	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética • Veeduría Municipal
PUEBLO RICO	<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de Usuarios • Comité de Ética Hospitalaria • Veeduría Municipal

CONCLUSIONES

- Escasa participación comunitaria y de las asociaciones de usuarios
- Pobre divulgación de los deberes y derechos a los usuarios
- Escaso desarrollo de las formas de participación social en el sector de la salud, establecidas por la normatividad vigente
- Inadecuados mecanismos para el seguimiento y control a las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del sistema ante las IPS, ESE, EPS.

2.2 DIAGNÓSTICO EN SALUD COMUNIDAD LGBTI

En cuanto a su orientación sexual e identidad de género la comunidad puede clasificarse o agruparse en la sigla LGBTI, término que se usa para referirse a la comunidad respecto a la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva que sienta.

Cuadro 1.

CLASIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD LGBTI

CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
LESBIANA	Es una mujer que se siente atraída romántica, afectiva, sicológicamente y/o sexualmente hacia otras mujeres.
GAY	Es un hombre que se siente atraído romántica, afectiva, sicológicamente y/o sexualmente hacia otros hombres.
BISEXUAL	Hace referencia a las personas que se sienten atraídas romántica, afectiva, sicológicamente y/o sexualmente hacia persona de ambos sexos
TRANS	Termino para referirse a todas aquellas identidades que implican experiencias de tránsito en el género (transgeneristas, travestis, transexuales y transformistas.
INTERSEXUAL	Condición de una persona que presenta de forma simultánea características sexuales masculinas y femeninas en grados variables (Hermafroditas)

CLASIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD LGBTI EN RISARALDA

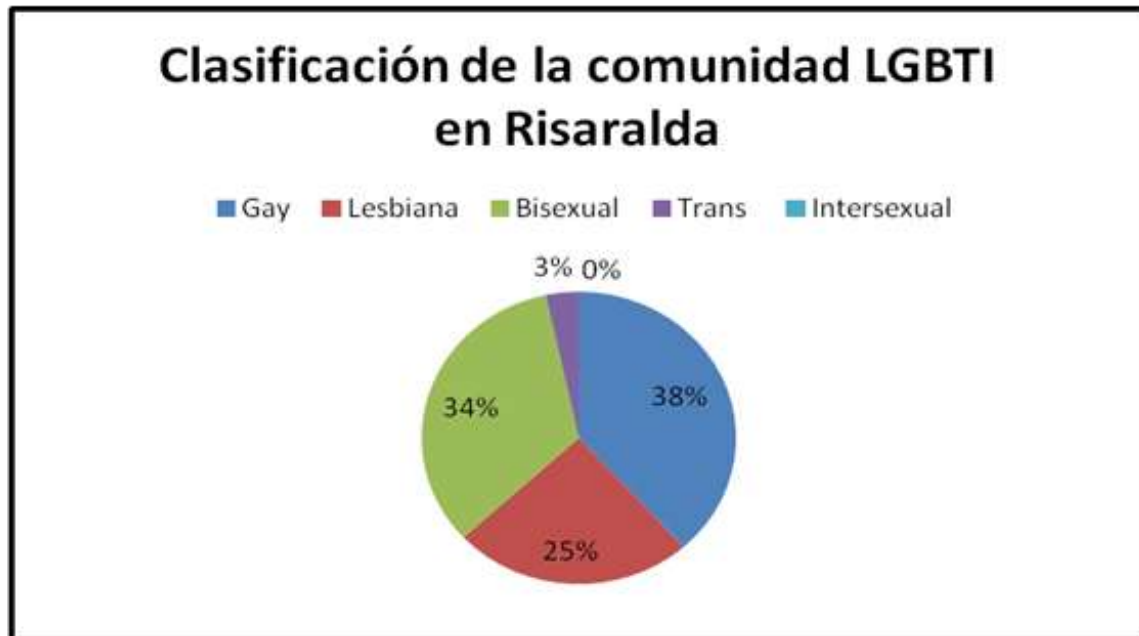


Figura 1.

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN ENCUESTA DE
CONDICIÓN DE SALUD Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD
DE LA COMUNIDAD LGBTI

De un total de 900 personas encuestadas en el Departamento de Risaralda en el año 2012, un 38% son Gay, un 34% son Bisexuales, un 25% son Lesbianas, un 3% son Trans y el porcentaje de presencia del género Intersexual para la muestra es 0%, esto quiere decir que el Departamento de Risaralda existe una mayor presencia de hombres gay, sin estar muy alejado del porcentaje para la muestra de las personas lesbianas y bisexuales teniendo en cuenta que esta cifra va ligada al número de personas encuestadas.

Clasificación de la comunidad LGBTI por rango de edad

Realizar una clasificación de la comunidad de acuerdo a diferentes rangos de edad se hace necesario para evidenciar que rango es el que hace más presencia en el Departamento para esto se estiman rangos de 18 a 20 años, 21 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años y 35 a más.

CLASIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD LGBTI POR RANGOS DE EDAD EN RISARALDA					
MUNICIPIO	EDADES	%	MUNICIPIO	EDADES	%
LA CELIA	15 - 20	33.3	QUINCHIA	15 - 20	10.0
	21 - 25	40.0		21 - 25	10.0
	26 - 30	26.7		26 - 30	20.0
	31 - 35	0.0		31 - 35	40.0
	36 o más	0.0		36 o más	20.0
GUATICA	15 - 20	30.0	BALBOA	15 - 20	41.7
	21 - 25	50.0		21 - 25	8.3
	26 - 30	20.0		26 - 30	16.7
	31 - 35	0.0		31 - 35	25.0
	36 o más	0.0		36 o más	8.3
MISTRATO	15 - 20	23.5	SANTUARIO	15 - 20	24.0
	21 - 25	41.2		21 - 25	24.0
	26 - 30	23.5		26 - 30	28.0
	31 - 35	11.8		31 - 35	24.0
	36 o más	0.0		36 o más	0.0
APIA	15 - 20	26.7	SANTA ROSA	15 - 20	14.9
	21 - 25	60.0		21 - 25	21.3
	26 - 30	13.3		26 - 30	38.3
	31 - 35	0.0		31 - 35	14.9
	36 o más	0.0		36 o más	10.6
MARSELLA	15 - 20	33.3	PEREIRA	15 - 20	13.4
	21 - 25	14.3		21 - 25	34.7
	26 - 30	19.0		26 - 30	20.7
	31 - 35	33.3		31 - 35	17.9
	36 o más	0.0		36 o más	12.0
BELEN DE UMBRIA	15 - 20	26.3	DOSQUEBRADAS	15 - 20	11.7
	21 - 25	5.3		21 - 25	28.1
	26 - 30	42.1		26 - 30	25.8
	31 - 35	26.3		31 - 35	26.6
	36 o más	0.0		36 o más	7.8
PUEBLO RICO	15 - 20	20.0	LAVIRGINIA	15 - 20	21.7
	21 - 25	30.0		21 - 25	41.3
	26 - 30	30.0		26 - 30	26.1
	31 - 35	20.0		31 - 35	10.9
	36 o más	0.0		36 o más	0.0

Cuadro 2. Clasificación de la comunidad LGBTI por rangos de edad en Risaralda

Fuente: Elaboración propia

CLASIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD LGBTI POR RANGO DE EDAD EN RISARALDA



Figura 2.

Fuente: Elaboración Propia

En el departamento de Risaralda es más notoria la presencia de personas de la comunidad LGBTI que se encuentran en rangos de edades que oscilan entre los 21 y los 25 años, con un porcentaje de 31% del total de la muestra .

Porcentaje de Revelación de orientación sexual

Las personas de La comunidad LGBTI, enfrentan un delicado problema en cuanto a la revelación de su orientación sexual, aunque actualmente la sociedad se ha vuelto más tolerante con respecto al tema, existe aún el rechazo y la discriminación de la comunidad LGBTI por parte de la sociedad en general, esto conlleva a que las personas LGBTI decidan mantener su orientación sexual en el anonimato.

En el departamento de Risaralda se encuentra que la población que ha revelado su orientación sexual ante la sociedad es de un 54% comparado con los que aún no lo han revelado que son un 46%.

PORCENTAJE DE REVELACIÓN DE ORIENTACION SEXUAL EN RISARALDA



Figura 3.

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que en el municipio de Risaralda el porcentaje de personas que aun no revelan su identidad sexual es aun muy elevado, hablando que corresponden a un poco menos de la mitad de la la población, esto nos muestra que la comunidad siente temor a la discriminación de la sociedad en general.

Convivencia

La convivencia es un factor que nos ayuda a determinar el comportamiento de la comunidad ante la sociedad. En Risaralda la tendencia mas marcada es a la convivencia con la familia en el hogar con un estimado de un 31% seguido de la convivencia con grupos de amigos debido al grado de confianza y libertad que se puede tener en este tipo de convivencia con un 30%. Con un porcentaje menor se encuentra en el numero de poblacion que deciden llevar una vida solos con un 21% por motivos de ocupaciones o simplemente por el hecho de no querer compartir su condicion con otras personas. Y por ultimo se encuentra la tendencia a vivir en pareja, no muy comun con un 18% del total de la muestra, esto debido posiblemente al temor a la aceptacion de una vida en pareja por parte de la sociedad y al temor de encontrarse ligado a una persona.

CONVIVENCIA DE LA COMUNIDAD LGBTI EN RISARALDA



Figura 4.

Fuente: Elaboración propia

Se puede notar en la gráfica que el porcentaje de mayor incidencia en cuanto a la convivencia de la comunidad es la convivencia con la familia, un aspecto de vital importancia ya que podría mostrarnos que son las familias las garantes del bienestar de las personas de la comunidad.

Es importante resaltar el porcentaje de personas que conviven en grupos de amigos, este porcentaje es altamente significativo y nos lleva a concluir que puede ser la seguridad, el respeto y la confianza factores de alta influencia en la convivencia.

Igualmente la grafica nos enseña que el dato que menor porcentaje arroja es el de la convivencia en pareja con un 18% del total de la poblacion y esto nos muestra que esta tendencia o modelo de convivencia no es el mas común y que puede estar dado o ligado al mismo rechazo que la comunidad siente por parte de sus familias o de la sociedad en general.

Estado Civil

Definir el estado civil de las personas pertenecientes a la comunidad LGBTI es importante en cuanto a conocer su modo de vida y los comportamientos de la comunidad en cuanto a practicas cotidianas y en cuanto a salud sexual y reproductiva, siendo esto de vital importancia y determinante para una orientacion sexual adecuada

ESTADO CIVIL DE LA COMUNIDAD LGBTI EN RISARALDA



Figura 5.

Fuente: Elaboración Propia

En Risaralda podemos apreciar que el porcentaje más alto hablando del estado civil de las personas de la comunidad LGBTI es de un 29% que representa a las personas que se encuentran solteras, seguido de un 24% que representa a las personas que se encuentran en una relación o noviazgo y un 23% del total que esta simplemente saliendo con alguien y por ultimo con un 12% cada uno para las personas de la comunidad que se encuentran casados o en unión libre.

Discriminación

Risaralda no es ajeno a la dinámica de discriminación en contra de la comunidad LGBTI y son las personas pertenecientes a la misma comunidad quienes manifiestan sentir discriminación en algún ámbito de su vida. A pesar de la lucha constante por la aceptación y la no discriminación por su orientación sexual, los derechos de las personas LGBTI siguen siendo violentados, son no sólo irrespetados sino que no les son garantizados, son vulnerados sus derechos a la vida, la integridad personal, la libertad y seguridad personales, la libertad de expresión, la salud entre otros.

Las personas LGBTI del Departamento de Risaralda manifiestan en su mayoría haber sido víctimas de algún tipo de discriminación por su orientación sexual, el caso más común y que todos identifican es la discriminación que viven al interior de establecimientos educativos sean colegios o universidades por parte de profesores y

compañeros siendo víctimas de burlas por parte de estos. Además de sentirse violentados en establecimientos educativos, las personas de la comunidad LGBTI manifiestan ser víctimas de discriminación en las calles siendo muchas veces objeto de burlas y de irrespeto a su integridad.

Esto llevaría a reflexionar sobre a qué tipo de comunidad deben ir dirigidas actividades educativas en torno a los derechos de la comunidad LGBTI, si a la misma comunidad o a la sociedad como tal, de manera que se eduque a las personas en cuando al respeto y la tolerancia.

La discriminación en cuanto a la salud y a los servicios médicos, ha ido siendo superada con el tiempo, la misma comunidad LGBTI Risaraldense manifiesta no encontrar barreras para el acceso a la salud y los servicios de salud como derecho, siendo esto garantía del cumplimiento de la salud como derecho.

Conocimiento de normatividad con respecto al servicio de salud para la comunidad LGBTI

El conocimiento en cuanto a la normatividad en salud que beneficia a la población LGBTI es amplio en todos los municipios del Departamento de Risaralda siendo los municipios de La Celia y Apía los que presentan el nivel más bajo de conocimiento en cuanto a servicios de salud con un 40%, sin embargo es un nivel alto de conocimiento del servicio de salud de acuerdo a su nivel poblacional.

CONOCIMIENTO DE NORMATIVIDAD Y SERVICIOS DE SALUD

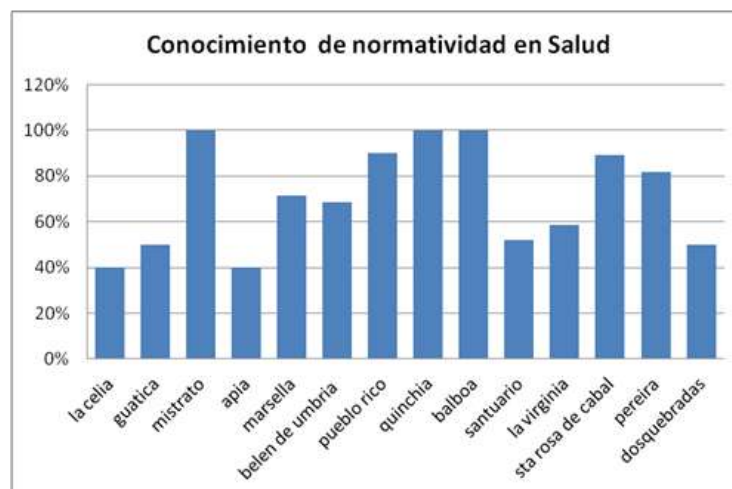


Figura 6.

Fuente: elaboración propia

Aunque el conocimiento de la mayoría de la población LGBTI del departamento de Risaralda es amplio en la normatividad que los beneficia en cuanto a servicios de salud, existe también un porcentaje de esta población que no está enterada de sus derechos en cuanto a salud, de ahí la importancia de realizar campañas educativas que busquen documentar e informar a la comunidad sobre sus derechos no solo a salud, sino sobre todos los derechos que tiene como individuo perteneciente a la comunidad LGBTI.

AFILIACION DE LA COMUNIDAD LGBTI AL SISTEMA DE SALUD

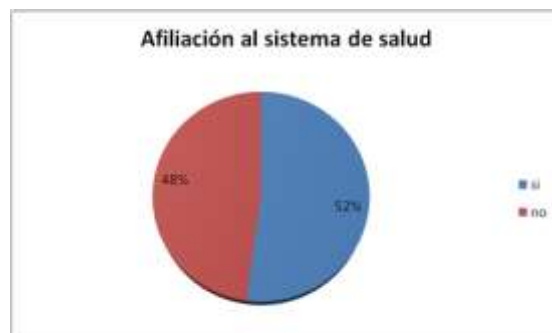


Figura 7.
Fuente: Elaboración propia

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD POR MUNICIPIOS EN RISARALDA

MUNICIPIO	AFILIADO	PERSONAS	%	MUNICIPIO	AFILIADO	PERSONAS	%
LA CELIA	Si	14	93.3	QUINCHÍA	Si	6	30.0
	No	1	6.7		No	14	70.0
GUÁTICA	Si	4	40.0	BALBOA	Si	4	33.3
	No	6	60.0		No	8	66.7
MISTRATÓ	Si	3	17.6	SANTUARIO	Si	21	84.0
	No	14	82.4		No	4	16.0
APIA	Si	12	80.0	LA VIRGINIA	Si	26	56.5
	No	3	20.0		No	11	23.9
MARSELLA	Si	7	33.3	SANTA ROSA	Si	33	70.2
	No	12	57.1		No	14	29.8
BELÉN	Si	4	21.1	PEREIRA	Si	189	52.9
	No	15	78.9		No	168	47.1
PUEBLO RICO	Si	3	30.0	DOSQUEBRADAS	Si	55	43.0
	No	7	70.0		No	73	57.0

Cuadro 3.

Fuente: Elaboración propia

A pesar del conocimiento que la comunidad LGBTI tiene sobre los derechos que lo benefician en salud, se puede ver en la figura 7 que solo el 52% del total se encuentran afiliados a una EPS, mientras que el restante 48% no tiene afiliación a EPS. Esto puede ser debido a que la mayoría de las personas que no tienen afiliación a una EPS se encuentran registradas en el SISBEN.

Por otro lado se puede observar el comportamiento de la comunidad LGBTI con respecto al derecho de vincular a su pareja como beneficiario al sistema de salud y de esto se puede decir que solo el 16% del total tiene como beneficiario a su pareja, mientras que el restante 84% no tiene beneficiarios. Este comportamiento puede

deberse a que no tengan ningún vínculo con una persona, se encuentren solteros, o debido a que son ellos beneficiarios por parte de sus familias.

Infecciones de transmisión sexual

Las prácticas de discriminación y exclusión con la comunidad LGBTI producen daños a la salud que incluye una mayor exposición ante enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, daños a la salud mental y riesgo de VIH-SIDA, apoyo social, obstáculos para resolver los problemas de salud y homicidio.

En el Departamento de Risaralda existe un amplio conocimiento sobre las infecciones y enfermedades de transmisión sexual siendo tan solo un 6.1% la población que no tiene información o desconoce que son las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, como identificarlas y como tratarlas.

CONOCIMIENTO SOBRE INFECCIONES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



Figura 8.

Resulta de vital importancia el conocimiento del riesgo al que se encuentra expuesta la comunidad LGBTI con respecto a las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, de manera que se pueda llevar una vida sexual con responsabilidad. Aunque la comunidad se encuentra concienciada sobre los riesgos de enfermedades es importante generar campañas educativas y de salud que permitan el conocimiento total acerca de dichas infecciones y enfermedades.

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son aquellos que permiten regular y tener control autónomo y responsable sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad, sin ningún tipo de coacción, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia.

En el Departamento de Risaralda es mayor el porcentaje de desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la comunidad LGBTI con un 51.6% y solo un 48.4% conoce la temática de dichos derechos

**CONOCIMIENTO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL
DEPARTAMENTO DE RISARALDA**



Figura 9.

Fuente: elaboración propia

En el proceso educativo con la comunidad LGBTI debe incluirse el trabajo de derechos sexuales y reproductivos, de manera que la comunidad conozca la temática de este tipo de derechos y se pueda realizar un proceso de educación sexual donde se abarquen todas las temáticas que la misma comunidad no conoce.

CONCLUSIONES

- La discriminación y estigmatización han tenido efectos expresados en las dificultades que la comunidad LGBTI ha padecido para lograr un reconocimiento igualitario y pleno ejercicio de los derechos tanto legales como sexuales y reproductivos en el departamento de Risaralda.
- A pesar de los avances que se han dado hacia la igualdad legal entre heterosexuales y el colectivo LGBTI, en Risaralda muchos jóvenes sufren importantes discriminaciones de hecho.
- Se hace necesario la Implementación de medidas para la efectiva creación de la Ley de Educación Sexual Integral en todas las escuelas y todos los niveles educativos del departamento de Risaralda, con respecto de la diversidad y la salud sexual, debido que es el desconocimiento sobre los temas que benefician a la población LGBTI en cuanto a los servicios de salud, lo que lleva a que la comunidad no haga uso de dichos servicios.

RECOMENDACIONES

- Diseño e implementación de un programa “Integral de Ciudadanía Trans” que brinde programas de inclusión e igualdad para las personas trans en cada momento de la vida (niñez, adolescencia/juventud, adultez, adultez mayor).
- Recopilación de datos para conocer la situación actual de los adultos mayores LGBT a fin de llenar el vacío informativo al respecto.
- Realización de capacitaciones en salud destinadas tanto a las y los profesionales de la salud como al colectivo LGBT en general.
- Diseño e implementación de campañas específicas destinadas a jóvenes y adolescentes LGBT sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual
- Diseño e implementación de programas específicos de atención de la salud de las lesbianas y mujeres bisexuales, que contemplen la sensibilización y capacitación de todos los equipos de salud para una correcta atención y accesibilidad de dicho colectivo al derecho a la salud.
- Realización de talleres y jornadas de información y sensibilización “entre pares”, desde jóvenes LGBT hacia jóvenes de la comunidad en general, acerca de la diversidad afectivo-sexual.



2.3 PROGRAMA ADULTO MAYOR

ANÁLISIS INSTITUCIONAL CENTROS DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA PERSONA MAYOR O C.B.A. (Centros de Bienestar del Anciano)

En el Departamento de Risaralda la situación que viven los Centros de Bienestar del Anciano es muy diversa: desde la forma de organización administrativa, el tipo de construcción de las instalaciones, propiedad de la misma; hasta el número de ancianos atendidos, la clase de servicios que prestan y el impacto que producen en los diferentes municipios. Es necesario anotar que estos Centros en Risaralda, nacieron como iniciativa de organizaciones sociales con el apoyo de personalidades de cada uno de los municipios, ya por la donación de lotes, aportes económicos para la construcción de las Sedes o por la financiación de las dotaciones o el pago del costo o parte del mismo de estas instituciones. Es decir, lo que aparece en la Constitución Política en el artículo 46 **“El Estado, la sociedad y la familia concurrirán por la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”**, ya había sido asumido por organizaciones cívicas que con un gran derroche de energía ha mantenido muchos estos. Podemos decir que la población adulta mayor atendida en los Centros, es de aproximadamente 2.180; los demás se valen por sí mismos, al tener alguna forma de sustento, reciben la atención de familiares y en el peor de los casos engruesan la lista de indigentes en adultos y adultas mayores.

En el Departamento cuenta con 32 Centros, de los cuales 16 funcionan en Pereira, el mayor problema que afrontan estos, es el financiero, debido a que sobreviven por la colaboración que les brindan diferentes actores municipales entre organizaciones cívica, personas naturales o jurídicas (entre ellas, la colaboración del Comité de Cafeteros), mientras que la participación oficial se limita a los convenios que han suscrito con instituciones como el Ministerio de Protección Social, Secretarías de Salud y seguridad Social las Alcaldías, con sus diferentes programas y actualmente se presentan transferencia de recursos de acuerdo al recaudo de la Estampilla Pro Bienestar del Anciano en el Departamento y los Municipios de Belén de Umbría, Santa Rosa de Cabal, Dosquebradas Apia, Balboa y Guática; pero con la falencia que la mayoría de estos recaudos son destinados a los no institucionalizados.

ACTOR O INSTITUCION	DEMANDA	INTERES	IMPACTO	OPOSICION	UBICACION
PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	Brindar asistencia a los ancianos indigentes con la asignación de recursos, con base en las disposiciones constitucionales.	Apropiar recursos con base en la legislación vigente	Mejorar los indicadores sobre el número de ancianos desprotegidos	Crisis Social y fiscal por la que atraviesa el País. Reconversión de las funciones del Estado	Capital de la República
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	Reglamentar el funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano	Exigir condiciones mínimas para el funcionamiento de estas instituciones	Mejoramiento de las condiciones de vida de los ancianos residentes en estas instituciones.	La reglamentación para el funcionamiento de estas instituciones no es acorde con el compromiso institucional para la creación o financiación de estas instituciones.	Capital de la República
GOBERNACION DE RISARALDA	Realizar recaudo de recursos ordenados por la ordenanza 001 de y apropiación de recursos propios en la promoción de programas de bienestar para la tercera edad	Prestará asistencia al mayor número de Centros de Bienestar del Anciano existentes en Risaralda	Ampliar la cobertura de estas instituciones, al igual que la calidad de las condiciones de permanencia en estos Centros.	La crisis financiera que vive la Gobernación de Risaralda, impide realizar un amplio recaudo de la Estampilla Pro Bienestar del anciano, al igual que la asignación de mayores recursos propios para estos Centros.	Departamento y municipios que tiene la estampilla
ALCALDÍAS MUNICIPALES DE RISARALDA	La Ley 100 de 1993, exige a los Municipios colombianos garantizar el funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano.	Reducir los índices de indigencia de adultos y adultas mayores, atenuado por el incremento de la pobreza en un amplio sector de la población.	Ampliar el cubrimiento de la seguridad social a los residentes de los respectivos municipios.	Bajo compromiso de los alcaldes con los Centros de Bienestar del Anciano y no inclusión en los respectivos Planes de Desarrollo y presupuestos municipales de programas en beneficio de estos grupos vulnerables.	Cada uno de los 14 municipios de Risaralda.
GRUPOS FAMILIARES	Asegurar el cuidado de los adultos y adultas mayores	Contar con los recursos económicos y o beneficios de pensiones para el aseguramiento del bienestar al llegar a la vejez	Llevar la vejez en forma digna como una parte importante de la vida teniendo el reconocimiento social	Agudizamiento de la crisis económica, aumento de la exclusión y violencia contra los adultos y adultas mayores.	Los 14 municipios del Departamento de Risaralda
ORGANIZACIONES SOCIALES Y/O RELIGIOSAS	Realizar diferentes actividades cívicas con el propósito de crear los espacios de atención a los adultos y adultas mayores de sus respectivas comunidades.	Asegurar los recursos humanos, económicos y físicos, para el bienestar de estos grupos vulnerables.	El número de ancianos albergados o que reciben algún tipo de atención por parte de estas instituciones	La ausencia de Cultura de atención de los ancianos y el desconocimiento de procesos administrativos. Poco respaldo por parte de los gobiernos municipales.	En diferentes sectores de los 14 municipios de Risaralda
COMUNIDAD EN GENERAL DE LOS 14 MUNICIPIOS DE RISARALDA	Contribuir espontáneamente con las solicitudes de los Centros de Bienestar. Adquirir la Cultura de respeto y atención de los Adultos y Adultas mayores	Que existan este tipo de instituciones, y que se generen otro tipo de alternativas de atención de Centros de Vida.	El reconocimiento del trabajo que por iniciativa de la comunidad genera beneficios a este sector de la población.	Desinterés por parte de la población por el funcionamiento de estas instituciones. Desconocimiento de la labor social que ellas realizan. Enfrentamiento con algunas administraciones de Centros de Bienestar.	En todo el territorio Departamental

MUNICIPIO	NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR	DIRECCIÓN
APÍA	Santa Clara	Zona Rural Salida a la Virginia Tel 3609460
BALBOA	Centro de Bienestar del Anciano	Zona Rural 500 metros de la Cabecera Municipal Vereda la Gloria Tel 3688122
BELÉN DE UMBRIA	Fundación Hogar del Anciano de Belén de Umbria	Entrada al Municipio, distante Tel 3528200-3113847013
DOSQUEBRADAS	Fundación Paraíso Otoñal	Diagonal Colegio Pablo VI Tel 3434045
DOSQUEBRADAS	ASOCIACIÓN VALENTINA	Benjamín Herrera Posso y Isabel Giraldo Tel 3228720-3113837720
DOSQUEBRADAS	FUNDACIÓN DIVINO NIÑO	ADIELA OSORIO GOMEZ
DOSQUEBRADAS	FUNDACIÓN CRISTIANA CASA HOGAR VIDA CON PROPOSITO	TRNASVERSAL 21 No 23 A -16 3324748
GUÁTICA	Asociación Hogar del Anciano	Zona Urbana La Gamorna Frente al Hospital. Tel 3539410-3539567-3128165599
LA CELIA	Hogar del Anciano de La Celia	Carrera 3 No 6-29 Tel 3671631-3671573 -3122456964
LA VIRGINIA	La Fundación Centro de Bienestar del Anciano Nazaret	Salida a Pereira Kilometro 1 Tel 3683700-3681199-3155345112
MARSELLA	Hogar de Ancianos Doctor JOSE MARIA CORREA ESTRADA	Alto la Aurora Tel 3685087- 3113201387-3136524787-3113353185 JULIALBA MAMA ALCALDE
MISTRATÓ	Hogar del Anciano San Francisco	Zona Urbana
P.RICO	Hogar del Anciano Buen Samaritano	Vía Santa Cecilia Tel 3663523-3128100976-3137373886
QUINCHÍA	Hogar del Anciano	Calle 2A NO 8-28 Tel 3563369-3113071990
QUINCHÍA IRRA	Hogar del Anciano Corregimiento de Irra	Punta Brava Calle Principal Tel 3600606
S. ROSA DE CABAL	Centro de Bienestar del Anciano BETSABE ARBELAEZ	Carrera 14 No 28-50 Tel 3641180- 3643306-3117164011
S. ROSA DE CABAL	Asociación Voluntarias Vicentinas de la Caridad "Centro de Bienestar Santa Luisa"	Carrera 9 No 9-37 Tel 3641486- 3641962
S. ROSA DE CABAL	Albergue Sagrado Corazón de Jesús	Tel 3641780
S. ROSA DE CABAL	SANTA CATALINA	Calle 11 No 10-34 Tele 3646139
SANTUARIO	Asociación Casa del Pobre	Carrera 8 No 5-09 Tel 3687411-3122936282
SANTUARIO	Asilo de Ancianos Santuario	Frente al Estadio Municipal Tel 3113345649-3687916
PEREIRA	Centro de Bienestar Asilo San José	Calle 16 No 17-70 Tel 3336182- 3154857334
PEREIRA	Hogar del Anciano Desamparado	3361011 Avenida 3A0 DE AGOSTO No 29-63
PEREIRA	Fundación Eclesiástica Hogar del Anciano	Kilómetro 4 Vía Cerritos Tel 3363774 3379361 DIANERY 3155185028
PEREIRA	Albergue de Ancianos Nuestra Señora de la Pobreza " Hermanas Teresa de Calcuta"	Carrera 7 No 8-59 Tel 3332428
PEREIRA	Fundación Para el Bienestar del Anciano Cristo Rey	Vereda el Jordán Tel 3335701
PEREIRA	Fundación Señor de la Divina Misericordia " Arca de Noé"	Barrio Maraya Tel 3363657
PEREIRA	Fundación para el Anciano Santa María.	Vereda Guacarí Tel 3386113-3105382141
PEREIRA	C.B.A - NUESTRA SRA NIEVES	AV/30 AGOSTO # 52-352 Tel 3.29.64.11
PEREIRA	C.B.A - FUNDACION APOSTAR	CRA 1 # 27 - 50 Tel 3.36.77.68
PEREIRA	C.B.A - STA MARIA VERACRUZ	CRA 12 # 24 - 21 Tel 3.33.30.28
PEREIRA	C.B.A - MIS SUEÑOS	CALLE 8 # 9 - 52 Tel 3.25.64.40
PEREIRA	C.B.A – VILLAMARIA	2500 LOTES - M29-C16 Tel 3.20.86.50
PEREIRA	C.B.A - DIVINO PASTOR	AV/RIO # 27 - 68 teléfono 3.29.40.54
PEREIRA	C.B.A - CASA DEL ADULTO MAYOR EMMANUEL EMAUS	VEREDA LA BAMBA FRENTE A LA ESCUELA 3113584124

SITUACIÓN MUNICIPIOS

Si bien es cierto que se ha logrado un gran impacto en el trabajo con los Adultos mayores de nuestro Departamento; también podemos decir que en algunos Municipios aún no hay compromisos administrativos, ni sociales ni familiares sobre el cuidado y atención a dicha población.

A continuación presentaré la situación de algunos de los Municipios y lo que se refiere a programas y/o acciones emprendidas y realizadas con la población adulta mayor.

Encontramos ya un gran empoderamiento de esta población, con la conformación de grupos organizados; en sus grandes mayorías avaladas y reconocidas por las Alcaldías e incluidos en los diferentes programas de índole Nacional, departamental municipal.

DOSQUEBRADAS

- Existe el Consejo de Política Social, y se crea el Comité de Adulto Mayor.
- Se crea el CONSEJO DE PERSONA ADULTA MAYOR, el cual opera incipientemente.
- Existen alrededor de 210 grupos de adultos mayores distribuidos en asociaciones, clubes y organizaciones; los cuales se encuentran agrupados a través de una federación, una corporación y una asociación; las cuales no trabajan coordinadamente; 120 se encuentran registrados y federados en la Alcaldía y 90 son independientes.
- Programas: **ASCRUD:** Complementación alimentaria zona rural 1000 beneficiarios.
- **Complementación Nutricional:** Gobernación almuerzo caliente 500 cupos
- **Juan Luís Londoño de la Cuesta:** 653 cupos
- **PPSAM :** 1686 ½ Pensión,
- **Subsidio Municipal:** Recursos propios, 120 cupos
- **Servicios Sociales Complementarios:** Prótesis dental, Lentes, Laborterapia, trabajo en cuero y bisutería, Terapia Física, para algunas patologías.
- **Existe el CLUB DEL ADULTO MAYOR: el cual posee** Problemas jurídicos y Políticos que han interferido en el uso adecuado del mismo.

LA VIRGINIA:

- **Programas de Promoción de la Salud:** Los que tiene la alcaldía y el Hospital y la secretaria de Deporte; dependen de las voluntades políticas de cada gobernante, no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional estos están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos y los pacientes con EPOC, Terapia Respiratoria.
- **GRUPOS:** Aproximadamente hay 10 grupos de Adultos mayores, solo 2 se encuentran en Zona Rural, el resto en zona urbana, quienes realizan actividades de utilización del tiempo libre, recreación, estilos de vida

saludable. No realizan acciones de laborterapia, solo caminatas, paseos, gimnasia, aeróbicos, entre otras. No hay unión de los coordinadores de los grupos, por diferencias políticas.

- **INSTITUCIONES DE APOYO:** Se tiene un gran apoyo para las actividades de estos grupos por parte del Área Metropolitana, el INDER, Desarrollo Social.
- **COMITÉ ADULTO MAYOR:** Solo se reúne para programar las actividades del mes de Agosto. No hay integralidad de procesos, acciones e instituciones por celos institucionales.
- **PROGRAMAS:** Acatan las instrucciones de orden Nacional y vinculan a la población en los programas como: Juan Luís Londoño de la Cuesta, PPSAM, entre otros.
- Grupos Musicales de danza y cultura de Adultos mayores

BELEN DE UMBRIA

- Si bien es más organizado ya que cuenta con un gerontólogo como director local de salud; No se tienen Lineamientos de Política Pública para dicho grupo poblacional.
- Se Inicia la organización de Adultos mayores en año de 1995.
- **INSTITUCIONES:** Se logra una gran articulación de todos los entes del estado a nivel Municipal; tales como Salud, Educación, Deporte y Recreación, Desarrollo Social, entre otras.
- **PROGRAMAS:** Se logra la inversión del Municipio en el programa "PAISA" en zona urbana, luego se implementa en zona rural, dadas las condiciones de desplazamiento, económicas y de salud de los Adultos mayores.
Programas Integrales: La gran mayoría de los programas se lideran desde la Secretaría de Salud, procurando estilos de vida saludable; mediante acciones de promoción y prevención; con actividades de Gimnasia, Terapia Ocupacional, entrega de medicamentos a beneficiarios de programas especiales: hipertensos, diabéticos, actividad física, entre otras.
- En el año 1999, con la Cruz Roja Española, se consiguió un aporte para proyectos productivos y se compran 3000 pollos para engorde, los cuales fueron distribuidos en los abuelos de zonas rurales para su cuidado y posterior venta.
- Grupos Musicales de Adultos mayores que se reúnen cada mes a tertulias y entretenimiento.
- **GRUPOS:** Se encuentran consolidados 57, siendo en su gran mayoría conformados y liderados a través de los comités de Salud de los barrios; quienes hacen la caracterización de este grupo poblacional, mediante el Mapa Geo-referencial de la población.

SANTA ROSA DE CABAL:

- **Programas de Promoción de la Salud** : Los que tiene la alcaldía y el Hospital y la secretaria de Deporte; dependen de las voluntades políticas de cada gobernante, no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional estos están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos.
- **GRUPOS:** Aproximadamente hay 20 grupos de Adultos mayores, realizan actividades de utilización del tiempo libre, recreación, estilos de vida saludable. Desarrollan acciones de terapia ocupacional, caminatas, paseos, gimnasia, aeróbicos, entre otras. No hay unión de los coordinadores de los grupos, por diferencias políticas.
- **INSTITUCIONES DE APOYO:** Se tiene un gran apoyo para las actividades de estos grupos por parte del Hospital, el INDER, Desarrollo Social,
- **PROGRAMAS:** Acatan las instrucciones de orden Nacional y vinculan a la población en los programas como: Juan Luís Londoño de la Cuesta, PPSAM, entre otros.
- Grupos Musicales de danza y cultura de Adultos mayores

SANTUARIO

- **Programas de Promoción de la Salud** : Los que tiene la alcaldía y el Hospital y la secretaria de Deporte; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional estos están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos.
- Existen solo cuatro grupos y están relacionados con el Hospital y los grupos religiosos.

APIA

- **Programas de Promoción de la Salud** : Los que tiene la alcaldía y el Hospital y la secretaria de Deporte; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional.
- Existen diez grupos y están relacionados con el Hospital y los grupos religiosos y están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos.

PUEBLO RICO

- Cuentan con una Gerontóloga desde la Alcaldía que es la persona encargada de desarrollar programas de atención a los adultos mayores; No se tienen Lineamientos de Política Pública para dicho grupo poblacional.
- **INSTITUCIONES:** Se logra una gran articulación de todos los entes del estado a nivel Municipal; tales como Salud, Educación, Deporte y Recreación, Desarrollo Social, entre otras.

- **Programas Integrales:** La gran mayoría de los programas se lideran desde la Secretaría de Salud, procurando estilos de vida saludable; mediante acciones de promoción y prevención; con actividades de Gimnasia, Terapia Ocupacional, entrega de medicamentos a beneficiarios de programas especiales: hipertensos, diabéticos, actividad física, entre otras.
- **GRUPOS:** Se encuentran consolidados 27, siendo en su gran mayoría conformados y liderados a través desde la alcaldía Municipal.

BALBOA

- **Programas de Promoción de la Salud:** Lo tiene el Hospital y la secretaria de Deporte; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional.
- Existen tres grupos y están relacionados con el Hospital y los grupos religiosos y están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos. el PRODINE

LA CELIA

- **Programas de Promoción de la Salud:** Lo tiene el Hospital y la Alcaldía; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional.
- Existen ocho grupos y están relacionados con el Hospital y los grupos religiosos y están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos.

MARSELLA

- **Programas de Promoción de la Salud:** Lo tiene el Hospital y la Alcaldía; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional.
- Existen diez grupos y están relacionados con el Hospital, la Alcaldía y los grupos religiosos y están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos.
- Realizan actividades culturales y deportivas en las que se vinculan las diferentes instituciones del orden municipal.

MISTRATO

- **Programas de Promoción de la Salud:** Lo tiene el Hospital y la Alcaldía; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional.
- Existen ocho grupos y están relacionados con el Hospital, la Alcaldía y los grupos religiosos y están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos y el PRODINE.

QUINCHIA:

- **Programas de Promoción de la Salud :** Lo tiene el Hospital y la Alcaldía ; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional.
- Existen veinte grupos y están relacionados con el Hospital y los grupos religiosos y están enfocados a estilos de vida saludable y muy especialmente para los diabéticos, hipertensos.
- Realizan actividades culturales y deportivas en las que se vinculan las diferentes instituciones del orden municipal.
- Existe el comité Municipal de Adulto Mayor

GUATICA:

- La directora Local de salud es Gerontóloga
- **Programas de Promoción de la Salud :** Lo tiene el Hospital y la Alcaldía ; no hay lineamientos de Políticas Públicas específicas, hay programas, regidos desde el ámbito Nacional.
- **Programa de terapia Ocupacional**
- Existen diez grupos y están relacionados con el Hospital y los grupos religiosos orientados por la Dirección local de salud.
- Existe el comité Municipal de Adulto Mayor

PEREIRA

- Se elige el CONSEJO DE PERSONA ADULTA MAYOR, en el mes de Noviembre.
- El Comité se dedicó a organizar las actividades para el mes de Agosto y cada institución continua con sus proyectos y programas definidos para este grupo poblacional.
- Posee Cabildo de adultos Mayores el que Agrupo 80 grupos. Logrando con ello un verdadero empoderamiento de nuestros viejos de su etapa de vida, sus deberes y derechos, liderado por la señora Carmen Lozano, quienes han logrado desarrollar a través de la Gobernación y la Alcaldía diferentes proyectos sobre todo en capacitación, recreación y terapia ocupacional para los adultos Mayores de los grupos organizados.
- Desde el 18 de Julio del año 2001, por decreto # 620 la Alcaldía de Pereira, conforma el Consejo Municipal de Política Social. Siendo este el inicio del Comité de Política Pública para el Adulto Mayor, liderado por la Secretaría de desarrollo social de la Alcaldía y el I.C.B.F. (en espera documento de trabajo).
- La Secretaria de Salud y Seguridad Social, antes Instituto Municipal de salud, cuenta con el Programa “VIVE PLENAMENTE TU VEJEZ” con 135 grupos de adultos y adultas mayores conformados en los diferentes barrios y veredas del municipio, con aproximadamente 7.000 Adultos Mayores de 55 años inscritos y a los cuales se les brindan acciones de promoción y prevención enmarcadas en los postulados de la ley 100 y de la Constitución, enfocando cuatro grandes aspectos de la vida , con el

objetivo fundamental de considerar para su bienestar personal , el atender cotidianamente las diferentes dimensiones de la vida en términos de correcta administración Asistencial.

- En el año 2.007 logra liderar y organizar la Asociación de Monitores de grupos de Adultos Mayores, quienes han tenido un gran empoderamiento al lograr adquirir un espacio semanal de una hora en la Emisora Pereira al Aire de la Alcaldía, con el objetivo de sensibilizar a toda la comunidad y al viejo mismo sobre sus problemáticas, deberes y derechos.
- Se cuenta con cubrimiento en los programas de índole Nacional, para dicha población así: PPSAM 3.120 beneficiarios, Revivir 752 beneficiarios. Programa subsidiado directamente por la Alcaldía de Pereira.
- Seguridad Alimentaria 2.500 beneficiarios.

2.4 DIAGNÓSTICO: POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Según el Censo del DANE del 2005, Risaralda contaba con 859.666 habitantes, de éstos 59.001 personas respondieron afirmativamente presentar alguna “limitación permanente” (29.488 hombres y 29.513 mujeres), es decir el 6.86 %, con la siguiente prevalencia: para ver (43.9 %), caminar o moverse (28.1 %), oír (17.7 %), usar brazos y manos (14 %), hablar (11.9 %), entender o aprender (11.6 %), relacionarse con los demás (9.6 %) y auto cuidado (8.3 %).

En este Censo, el 6.4 % de los colombianos y colombianas presentaban “alguna limitación permanente”. Risaralda se encuentra entonces un 0.46 % por encima del promedio nacional, preocupando la alta prevalencia en Belén de Umbría (12.24 %), Balboa (11.53 %), Guática (10.91 %) y Apía (9.57 %). Por debajo del promedio Nacional están La Celia (3.94 %), Pereira (6.08 %) y Mistrató (6.27 %).

A pesar que la OMS en el Informe Mundial sobre Discapacidad del 2011 plantea que el 15 % de la población mundial presenta alguna discapacidad, las cifras registradas en el Censo del DANE del 2005 para Risaralda son aun así muy significativas y sumado a que (según el mismo informe) “el número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población y al incremento global de problemas crónicos asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.... Y en factores ambientales y de otra índole como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias”.

Posterior al Censo del 2005, se dio inicio en el país a la recopilación de un Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad más pormenorizado. En Risaralda se realizó este Registro a 18.739 personas (A marzo de 2010) es decir al 31.76 % de Personas con Discapacidad que respondieron afirmativamente en el Censo del DANE del 2005. Los municipios de Balboa, La Virginia y Dosquebradas no tenían registro aplicado o reportado, están con “tarea cumplida” por encima del 50 % de registros los municipios de La Celia, Pueblo Rico y Santa Rosa de Cabal

Síntesis de estadísticas generales (Censo DANE 2005 Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (DANE 2010)

MUNICIPIO	NUMERO DE HABITANTES (DANE 2005)	NUMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (DANE 2005)	% DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	NUMERO DE PERSONAS CON REGISTRO DE LOCALIZACION (DANE 2010)	% DE REGISTROS A 2010 EN RELACION CON EL CENSO 2005
PEREIRA	428.397	26.040	6.08	12.977	49.83
APIA	12.889	1.234	9.57	243	19.69
BALBOA	6.081	701	11.53	Sin registro	0
BELEN DE UMBRIA	26.603	3.255	12.24	236	7.25
DOSQUEBRADAS	173.452	11.346	6.54	Sin registro	0
GUATICA	15.102	1.648	10.91	318	19.30
LA CELIA	8.348	329	3.94	266	80.85
LA VIRGINIA	30.095	2.281	7.58	Sin registro	0
MARSELLA	20.683	1.460	7.06	110	7.53
MISTRATO	12.438	780	6.27	93	11.92
PUEBLO RICO	11.436	745	6.51	457	61.34
QUINCHIA	31.996	2.257	7.05	610	27.03
SANTA ROSA	67.410	5.833	8.65	3.080	52.80
SANTUARIO	14.736	1.092	7.41	349	31.96
TOTAL	859.666	59.001	6.86	18.739	31.76

Alteraciones (Registro de Localización y Caracterización (DANE 2010))

MUNICIPIOS	ALTERACIONES (Registro de Localización – DANE 2010)										
	El sistema nervioso	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, La voz y el habla	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	La piel	Otra	Total
PEREIRA	3.974	6.371	1.711	409	1.065	5.692	3.448	1.053	4.361	680	29.058
APIA	107	86	62	5	62	53	14	17	102	7	519
BELEN DE UMBRIA	88	116	66	13	64	68	21	17	123	12	599
GUATICA	170	100	54	4	91	22	7	13	159	4	634
LA CELIA	121	131	67	12	64	75	16	9	150	21	677
MARSELLA	58	38	32	4	52	13	11	7	47	9	271
MISTRATO	23	49	17	3	17	25	12	6	46	6	213
PUEBLO RICO	211	234	131	27	134	160	67	47	297	18	1.329
QUINCHIA	276	181	121	16	147	92	32	13	210	20	1.127
SANTA ROSA DE CABAL	1.261	1.788	855	113	412	1.331	661	316	1.865	147	8.847
SANTUARIO	175	93	74	7	116	81	9	14	150	6	731
Total	6.464	9.187	3.190	613	2.224	7.612	4.298	1.512	7.510	930	44.005



2.5 DIAGNÓSTICO PUEBLO EMBERA CHAMÍ, DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

El Pueblo Embera-Chamí del Departamento de Risaralda, habitante de territorios indígenas y los que por diversas razones de orden político, social y económico han sido desplazados o están por fuera del territorio de origen, afrontan una difícil situación en materia de salud. Hecho que incide en el derecho al buen vivir comunitario, a una vida digna acorde con su identidad cultural y de respeto de sus derechos a vivir como pueblos indígenas.

Conscientes de la necesidad de construir a través de la consulta y concertación con el pueblo Embera-Chamí, el gobierno Departamental, los gobiernos Municipales e instituciones nacionales e internacionales que trabajan en el Departamento de Risaralda se ha venido dando un paso significativo para conocer la situación real de las comunidades Embera-Chamí en materia de salud y en la organización de un programa de salud autóctono, que dé respuesta a la particularidad de nuestro sistema de salud y enfermedad. Por lo cual el Pueblo Embera-Chamí de Risaralda presenta este documento que contiene la caracterización del perfil epidemiológico, las concepciones culturales sobre salud y enfermedad y las propuestas sobre lo que debe ser el modelo de salud que debe implementarse en las comunidades indígenas Embera-Chamí del Departamento de Risaralda.

OBJETIVO DEL PROGRAMA DE SALUD EMBERA-CHAMI.

Consolidar un Sistema de Salud Propia basado en el conocimiento y en las prácticas de las medicinas tradicionales, en interrelación respetuosa con las otras formas de medicinas, para el logro integral de la buena salud del Pueblo Embera.

Garantizar el acceso a la salud de la población Embera-Chamí del departamento de Risaralda. Dentro de un marco que permita la complementación de la medicina tradicional Embera-Chamí y de la medicina occidental; dado que la población Embera-Chamí ve afectada por enfermedades de tipo espiritual (*jaí*) y natural.

Construir un programa de salud propio que permita la implementación de una política autóctona en salud, Fortalecer el programa de salud propia dentro de la política organizativa del pueblo Embera-Chamí.

Para ello es necesario lo siguiente:

- Conformación de comités de salud
- Construcción de las bases de un perfil epidemiológico
- Capacitación y formación de agentes en salud.
- Desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en coordinación con la medicina tradicional indígena.
- Construcción de centros de atención en salud integral
- Proyección de una IPS-I a nivel regional.

Hemos promovido la capacitación y organización de las comunidades para la exigibilidad y el cumplimiento del derecho a la salud, tal como lo estipula el Decreto 1811, en términos de la atención gratuita e integral, capacitación de personal de salud, consulta y concertación de programas y proyectos de salud dirigidos a las comunidades. Las comunidades Embera-Chamí han trabajado de la mano con las instituciones del Estado en los procesos de consulta previa para la generación de



políticas en salud en coherencia con las realidades socioculturales, las comunidades. Hemos tenido algunos avances concretos en lo siguiente:

- Aumento del nivel de conciencia sobre la importancia del uso de la medicina tradicional y por ende ha aumentado la consulta.
- Mejoramiento en la atención a la población indígena en algunas IPS.
- Aumento en la cobertura de promotores indígenas en las comunidades.
- Avances en los procesos de Planeación y coordinación de las brigadas extramurales y programas de salud por parte de algunas IPS.
- Fortalecimiento y realización de diferentes ceremonias destinadas a sanar la madre tierra y algunos enfermos de la comunidad.
- Desarrollo de procesos de formación de agentes indígenas en salud.

También hemos tenido dificultades en los siguientes aspectos:

- Hay agentes en salud que laboran en los territorios indígenas sin formación para promover y desarrollar procesos de salud desde la medicina tradicional indígena.
- Hay discriminación a la población indígena en la atención de salud por parte de algunas IPS.
- Se ha dificultado la puesta en marcha de un programa de seguridad alimentaria que ayude al mejoramiento de la salud de los comuneros.
- El actual sistema General de Seguridad Social en Salud no responde a las necesidades reales de las comunidades ni garantiza la salud como un derecho.
- Las EPS e IPS limitan el acceso a la atención integral y de calidad a la población indígena.
- La ocupación de los territorios indígenas por parte de actores armados, limita el acceso a los sitios sagrados, el uso de las plantas medicinales y otros recursos vitales para las comunidades.
- El modelo de desarrollo económico, basado en la explotación indiscriminada de los recursos naturales, ha alterado las condiciones climáticas, afectando el sistema de vida basado en el equilibrio y armonía de la naturaleza.
- Falta de recursos para la realización de ceremonias tradicionales destinadas a la prevención de enfermedades.
- No ha habido ni reconocimiento, ni financiación por parte de las EPS y de las IPS de la medicina tradicional.
- Ha faltado coordinar la práctica simultánea de la medicina occidental y tradicional en los centros de salud.
- Continúan algunos indígenas sin afiliación a las EPS y a las IPS.
- Hay Desconocimiento de las ARS, EPS y de las IPS de las normas de los pueblos.

PREVENCION

Para el Pueblo Embera la prevención de las enfermedades no se encuentra solamente en la realización de campañas de mejoramiento de condiciones de higiene, de vectores de enfermedad o de identificación de enfermedades. Si bien es cierto que esto es muy importante para el Embera la prevención de las enfermedades recae en la



realización de ritos y ceremonias tendientes a obtener la protección de los seres espirituales y a entrar en equilibrio consigo mismo y con el medio natural y no violar las leyes de la naturaleza.

PREVENCION POR AGENTES EN SALUD

Lo que venimos de exponer no implica que los programas de promoción y prevención adelantados por los agentes en salud no sean importantes, todo lo contrario ellos son de vital importancia en el programa de salud que se debe implementar en los territorios Embera-Chamí. En este momento se ha venido capacitando agentes en salud, pero es fundamental continuar con esta política, con el objeto de contar con un personal idóneo para dicha actividad. Por ello se debe seleccionar un grupo de los ya existentes para que realicen prácticas en hospitales (de los agentes en salud ya formados en él, se busca capacitar para que tengan una formación hospitalaria practica), con ello se tendrá un personal capaz de identificar rápidamente, alerta temprana, las enfermedades que comienzan aquejar a la comunidad. Con dicha información será transmitida a los médicos tradicionales (botánicos) y al hospital para que organicen la atención de esta población. Los restantes agentes en salud, se encargaran de capacitar a la comunidad sobre las conductas que deben tener para evitar la transmisión de enfermedades.

Los agentes en salud deben ser los encargados en educar a los Cabildos en las acciones que evitan el contagio de enfermedades, como: recolección de basuras, limpieza de la casa, aseo personal, dieta balanceada, el manejo de aguas, entre otros factores. Para mejor capacitar a la comunidad los agentes en salud dictaran charlas prácticas en las sedes educativas del territorio Embera, no menos de una vez al mes, con ello se espera que esta información sea retransmitida a los padres por sus hijos y se comiencen a cambiar algunas costumbres de alto riesgo para la salud, como botar la basura debajo de la casa, dado que ello es un factor de plagas. Los agentes en salud se encargaran también de difundir conocimientos como la dieta tradicional Embera, hecho que asegurara un comportamiento alimenticio más sano y por ende un mejor estado de salud.

Enfermedad por grupo de edad.

- **En el grupo menor de un año** la afección más importante es el *jai*, cabe recordar que el vómito y la diarrea están asociados a este mal, para el Embera los niños son más susceptibles de ser atacados con *jai* dado que son los más débiles de la familia y por qué no han recibido ningún espíritu protector. Para el Embera las causas de una enfermedad es la trasgresión de una norma por parte de un miembro de la familia y como represalia de ello los *jai* agraden, enferman, un miembro de la familia usualmente al más débil de la unidad familiar. La gran problemática que genera la afección de *jai* es el hecho que este tipo de enfermedad produce una gran tensión entre los miembros de la familia dado que ellos se cuestionan mutuamente sobre el origen de la enfermedad (quien hizo algo mal, él es el causante de esto), no es extraño que ante la no cura del enfermo los grupos familiares se disgreguen a fin de evitar que otra persona caiga enfermo o a raíz de las tensiones que hacen vivir juntos insostenible.

- **En el grupo de 1 a 5 años**, las principales causas de malestar son la diarrea y el vómito, los cuales están asociados a enfermedades como la gripa, los parásitos intestinales y los *jaí*. Entre los niños de esta edad son latentes los problemas de infecciones intestinales, que son en parte causas de la continua diarrea de los niños, es muy frecuente que los infantes defequen con gusanos y en algunos casos con sangre.
- **En el grupo de 5 a 14 años**, las principales afecciones son el vómito y la diarrea los cuales se encuentran asociados a parásitos intestinales. La gripa y las enfermedades virales tienen un rol preponderante en este grupo, la asfixia como la comunidad identifica este tipo de afecciones en causante de la muerte de algunos niños en la comunidad.
- **En el grupo de 15 a 19**, las principales causas de afección son la gripa, el vómito y la migraña, es importante señalar que es en este grupo de edad que los miembros de la colectividad forman su propia familia, entre los Embera la edad de matrimonio de una mujer es entre los 12 y 15 años en promedio y la de los hombres entre 15 y 17 años, es en esta etapa de la vida que se deben hacer cargo de las tareas agrícolas de manera asidua lo que explica males como la gripa, puesto que deben trabajar todo el día a la intemperie, y la gripa, por exceso de trabajo (las jornadas son largas y la carga se transporta de manera tradicional soportada por la cabeza).
- **En el grupo de 20 a 39 años**, las principales enfermedades son la gripa, el vómito, los parásitos intestinales, migraña y brotes en la piel.
- **En el grupo de 40 a 59**, las principales afecciones son migraña, dolor en los huesos, problemas urinarios. Esta última aqueja principalmente a las mujeres (afección que normalmente comienza después de algún parto) y que sin lugar a dudas está relacionado con infecciones. El dolor de huesos, principalmente de manos y espalda, reumatismo, se asocia a las prácticas de trabajo en las cuales las mujeres cogen cosa calientes y luego frías (agua) y en ambos sexos por las labores agrícolas. Las caries se vuelven más preponderantes no porque no se den en los otros grupos de edad, sino porque este problema se hace más visible.
- **En el grupo de 60 y más años**, las principales dolencias se asocian a dolores de los huesos y cabeza, pero son igualmente recurrentes problemas de vista y de incontinencia urinaria, entre otras afecciones.

El análisis de las patologías comunes por grupo de edad muestra que en el grupo menor de 1 año las principales causas de hospitalización fueron por: bronquitis aguda, bronconeumonía y diarrea aguda.

- **En el grupo de 1 a 4 años**, la principal causa de atención fue por bronconeumonía. En el año 2011 y 2012 este grupo presentó un gran número de hospitalizados.
- **En el grupo de 5 a 14 años** las consultas fueron por problemas menores como celulitis, inflamación y fiebre.
- **El grupo de 15 a 44 años** presentó el mayor número de hospitalizaciones, la principal causa fue por parto.

- **El grupo de 45 a 59 años** aparece solo en el año 2000 con causas, llama la atención de este grupo, la atención de Problema de insuficiencia renal crónica. Las otras causas de atención fueron infección urinaria y neumonía.
- **En el grupo de 60 y más años** se presentaron tres causas con cuatro casos en total, la consulta más frecuente es por neumonía.

Es importante recalcar la muy baja asistencia de la comunidad indígena al hospital, hecho que se evidencia al comparar el alto número de enfermedades que aqueja a la comunidad y la muy baja asistencia del hospital. Lo que muestra además que las enfermedades están siendo tratadas por medio de los médicos tradicionales, *jaibaná* y botánico.

La principal causa de muerte es *jaí*, que afecta fundamentalmente a niños y personas de la tercera edad. Las mayores tasas de mortalidad están en los grupos de menores de un año y en el de personas de sesenta años o más.

Como nos muestran los datos presentados anteriormente las principales tipos de enfermedad son de tipo respiratorio, diarrea e infecciones urinarias. No decimos que estas son las únicas enfermedades que afectan a los Embera, pero sí que son las más recurrentes, se debe señalar que las enfermedades respiratorias son las que más se asocian a un origen natural, por ende son las de mayor consulta en los centros asistenciales; sin que ello sea sistemático dado el alto costo de desplazamiento a los cascos urbanos. En la gran mayoría de casos estas enfermedades son atendidas por los Yerbateros y por los *jaibanás*, solo en los casos en donde los médicos tradicionales se encuentran sobrepasados por el estado del enfermo este último se desplaza, cuando tiene posibilidad, al hospital. Es muy importante señalar que la atención de un Yerbatero o de un *jaibaná* no es gratuita, el paciente debe asumir los costos de tratamiento, que en algunos casos son altos. Costos comprensibles por el hecho que el aprendizaje de este tipo de medicina requiere varios años de estudio y el pago (que es elevado) a los maestros. Es por esta razón que el Pueblo Embera-Chamí del Departamento de Risaralda solicita que la medicina tradicional Embera sea reconocida como válida ante las instituciones y que los costos producto de su utilización sean cubiertos por las EPS y las IPS. Una de las razones más recurrentes consulta en los hospitales son el control de crecimiento y desarrollo control prenatal; es importante señalar que si bien es cierto que un control en hospital se realiza en mejores condiciones sanitarias, la particularidad de la localización de la mayor parte de asentamientos Embera imposibilita que una mujer con varios meses de gestación o en trabajo de parto se desplace a un hospital. Por ello es importante capacitar a las parteras, quienes atienden la gran mayoría de partos de la región, principalmente en temas relacionados con la higiene del parto.

2.6 DIAGNÓSTICO ESCUELAS SALUDABLES

ANÁLISIS CUALITATIVO ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES POR LA PAZ DEPARTAMENTO DEL RISARALDA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN APLICADO A DOCENTES Y/O COORDINADORES

1. En los centros educativos no hay una cabeza visible empoderada de la estrategia escuelas saludables que vincule a los padres y madres de familia al proyecto.
2. Durante la aplicación del instrumento se identificó el desconocimiento por parte de los docentes de la institución como tal, y el funcionamiento de sus procesos.
3. Las sedes no principales carecen de espacios de aprendizaje básicos como la biblioteca, sin proyectos educativos para su uso continuo.
4. Las salas de computadores cuentan con un gran número de computadores deteriorados, o no cuentan con red de internet para su uso.
5. Las instituciones educativas funcionan como entes centralizados, por esta razón la estrategia tiende a funcionar o conocerse en las sedes principales, pero en los institutos donde se acogen a los niños y las niñas no llega la estrategia.
6. La cartilla ha sido el actor principal, como elemento didáctico para el desarrollo de la propuesta dentro y fuera del aula de clase, en algunas instituciones especialmente las rurales son el único elemento utilizado para el desarrollo del aprendizaje, resaltándose así su importancia para el proceso, aunque reconociendo la necesidad de actualizar su temática, de generar actividades de tipo lúdico para el aprendizaje, de estimular canales de respuesta que permitan la llegada de las mismas a las instituciones educativas, algunas de ellas se quedaron almacenadas en las alcaldías municipales.
7. Las instituciones educativas cuentan con el programa de seguridad alimentaria ofrecida por el programa comedores, en algunas instituciones es promovido por los regímenes especiales, la cantidad de niños beneficiada por el programa con respecto a la población total de las instituciones es bajo.
8. Las instituciones educativas no cuentan con tienda en el área rural, las tiendas del área urbana están entregadas en contrato a particulares, así mismo no es articulado a minutas de alimentación y nutrición, los productos encontrados son fritos especialmente.
9. En la estadística de esterilización de animales se ofrece un dato del 76% de que no han sido esterilizados, realmente en las instituciones educativas no hay presencia de animales, en los colegios agropecuarios se tiene el manejo adecuado de animales y cultivos.
10. En las instituciones educativas se identifica un responsable de promover los estilos de vida saludable, pero las estrategias para ello no son conocidas por los niños y las niñas de las instituciones educativas, en la mayoría de los casos por el cuerpo docente en general, lo que con lleva a una falta de continuidad en los procesos, cuando el docente encargado es reemplazado, así que a quien se delega para esta función se le empodera de tal manera que libra de compromisos al resto de la comunidad escolar, entonces de nombre si hay encargados, pero no

se desarrolla los procesos y no llegan a la población objetivo los niños y niñas, así mismo esta promoción se realiza realmente desde el aula o carga académica.

11. En las instituciones la percepción de los docentes frente a la escuela de padres se asocia a la asociación de padres de familia, no se ha estimulado claramente el proceso de padres primero porque en la mayoría de las instituciones especialmente las rurales los padres y madres no asisten a las convocatorias realizadas por la institución, regularmente lo hacen cuando hay entrega de boletines, formación o plan estructurado en escuela de familia es la programación generada para las reuniones programadas. Estos procesos son viabilizados regularmente desde la sede principal, así que las instituciones donde se ofrece la educación de primaria no llegan muchas de las estrategias generadas por la institución de los proyectos transversales, los centros educativos cuentan con ellos, pero no llegan a las instituciones donde convergen los niños y niñas.
12. El porcentaje de deserción de las instituciones está reflejado en un fenómeno denominado POBLACION FLOTANTE, identificado de familias que dependen de la oferta laboral, y del fenómeno del desplazamiento. Así que en cifras el porcentaje es muy bajo, igualmente unos niños y niñas salen, pero el cupo es cubierto por quienes llegan.
13. Se identificaron casos específicos de abuso y violencia sexual, en instituciones como las mangas vereda de Santa Rosa de Cabal, caso que no ha sido denunciado porque incluye a la familia, con el seguimiento de percepción por parte de la docente solamente, otros casos son denunciados a comisarias por los coordinadores del centro educativo. Los docentes no tiene conocimiento de las rutas de atención a víctimas de violencia intrafamiliar.
14. Los docentes no tiene conocimiento sobre el abordaje de niños y niñas con discapacidad, aunque esta población es realmente baja, el instrumento no contaba tampoco con opciones frente a discapacidades múltiples, discapacidad cognitiva, entre otras.
15. Un gran porcentaje de los educadores de las instituciones visitadas están especializados en áreas pedagógicas y educativas, solo se encontró un docente administrativo con formación posgraduada en salud, siendo este tipo de profesional necesario en las instituciones, pero no hay presencia de profesionales en salud.
16. Se identificó un índice muy alto de alteraciones de salud mental y emocional en la población infantil de los municipios visitados niños y niñas con depresión, ansiedad y soledad, regularmente por el fenómeno de padres migrantes, los profesores de aula especial de las instituciones han solicitado apoyo de parte de la Secretaría de Salud, con profesional en salud, programas de apoyo en salud mental, talleres para estudiantes y profesores en salud mental siendo esta el fenómeno más preponderante y dominante en las instituciones.
17. De los temas orientados en las instituciones educativas encontramos que el mas estimulado es higiene y autocuidado, prevención de la violencia sexual es el menos orientado por la falta de herramientas del docente para orientar estos procesos de formación que reconociendo su gran importancia ven claramente las falencias para el manejo de estos temas con los niños y niñas de las instituciones, y con los padres de familia, así que solicitan apoyo para este proceso.
18. Con respecto a programas de formación para la vida la institución lo tiene en la sede principal pero no se lleva a los centros donde está la básica primaria, se

encuentra solo en pos-primaria.

19. El plan de correctivos está contemplado en el manual de convivencia o reglamento estudiantil, no está establecido como plan.
20. En las instituciones no hay conocimiento de los regímenes de salud a los cuales pertenece su población estudiantil, en la gran mayoría de los casos esta información solo la tiene el coordinador de la Institución, en la población rural no hay régimen contributivo, solo subsidiado y en algunos casos especiales como el de población indígena y en menor porcentaje el de desplazados.
21. La atención en salud oral es constante para la gran mayoría de las instituciones, del mismo hospital del municipio informan a los colegios de los niños y niñas programados para control y atención en odontología y en algunos casos médico, aun así en el área rural la atención no es tan sistemática, es cuando se programan brigadas que son claramente muy necesarias y para lo cual se solicita que sea con mayor frecuencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN APLICADO A ESTUDIANTES

1. sobre la pregunta de alimentos y productos vendidos en las escuelas, los niños y niñas tienen una percepción muy clara de que productos son saludables, aunque tienen preferencia hacia los mismos en las instituciones educativas no encuentran la oferta de estos productos, ya que la tienda es administrada por particulares, son estos los que deciden que productos se ofrecen sin que la institución educativa tenga participación en las decisiones, los niños y niñas consumen productos lácteos como la leche porque se los ofrecen en el programa de refrigerios aun así no cubre la población total, y en algunos casos la leche llega en el comienzo de su deterioro,
2. La gran mayoría de los niños y niñas encuentran sus espacios escolares agradables, por la compañía de sus amigos, y por la relación con algunos docentes que en el caso de huérfanos de padres vivos es el único momento donde llenan su soledad.
3. Los niños y niñas consideran que lo que les enseñan en las instituciones siempre son útiles para la vida, lo disfrutan y comparten con los demás.
4. Los niños y niñas quisieran encontrar en su alimentación el acceso a frutas, productos como sandwiches y emparedados no son identificados dentro del contexto escolar.
5. Les agradan las tareas que les dejan para la casa.
6. Tienen un concepto muy claro de que es salud y los diferentes elementos que se conjugan para hablar de salud, así que esta pregunta fue diseñada en el instructivo de manera muy ambigua y difusa.
7. Así mismo las preguntas sobre productos de la tienda no están ajustadas al contexto real de población infantil escolar tanto urbana como rural.
8. Los temas que se encuentran en la cartilla han sido de gran apoyo para el proceso formativo, ofrece espacios didácticos que fortalecen el aprendizaje, incluso de los padres porque algunos docentes del área rural comparten la información con los padres y madres de familia para la casa, y luego despejan dudas con el docente o fortalecen conocimientos.

9. Se identifica un ambiente de conversación y diálogo en los hogares de los niños y niñas encuestados, sienten que hay afecto y cariño, aunque en el municipio de Santa Rosa de Cabal si hay un cambio radical frente al comportamiento y los espacios sociales, hay un alto índice de soledad depresión, es el único municipio donde se encontraron pandillas, padres expendedores de sustancias psicoactivas, incluso dentro del plantel se encontraron en el patio lugares donde los expendedores guardaban las sustancias.

3. OBJETIVO

- Fortalecer la capacidad de los individuos, grupos, hogares y comunidades para saber prever, resistir, enfrentarse e intervenir los factores de riesgo por sí mismos y con el concurso Institucional.

SITUACIÓN ESPERADA

- Individuos, grupos, hogares y comunidades con Capacidades Fortalecidas.

ENFOQUE DIFERENCIAL: Reconocimiento de condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho

Desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia discapacidad e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez

ALTERNATIVAS

- Análisis de Situación
- Políticas Departamentales
- Movilización y Representación Social
- PASO
- Comités Departamentales
- Planes de Acción elaborados
- Sistemas de Información implementados
- Entornos Saludables
- Comunicación Social en Salud.

4. METAS

Elaborar e implementar un programa de salud pública con enfoque de género en el Departamento. Programado 10%. Cumplimiento 10%

Elaborar, aprobar e implementar la política de inclusión y respeto por la diversidad sexual en el Departamento. Programado 10%. Cumplimiento 10%

Implementar en los 14 municipios la estrategia Hogares Saludables Programado 4 Municipios, realizado en los catorce Municipios

Implementar en los 14 municipios la estrategia Escuelas Saludables. Programado en 5 Municipios, realizado en los catorce Municipios.

Implementar en el Departamento un programa de apoyo psicosocial a población en condición de víctima de desplazamiento. Programado 15%. Realizado el 15%

Implementar la Ley 1145 de 2007 en el comité Departamental en 4 y Comités Municipales. Programado 5 Municipios. Realizado 10 Municipios



Caracterizar las personas con discapacidad en 5 municipios del departamento. Cumplimiento. Cinco Municipios caracterizados.

Formar agentes de cambio y facilitadores en la estrategia RBC de cinco municipios del departamento. Programado Cinco Municipios. Cumplimiento Siete Municipios.

Realizar Asesoría y Asistencia técnica a los 28 Centros de Protección y Promoción Social del Adulto Mayor, para el cumplimiento de la Ley 1335

Capacitar adultos mayores en prácticas saludables, para mejorar su calidad de vida de 5 municipios del departamento. Cumplimiento 7 Municipios.

5. PRINCIPALES LOGROS

Visibilización de las poblaciones prioritarias, desde el ciclo vital y con enfoque poblacional, con metas establecidas incluidas dentro del Plan de Desarrollo Departamental.

5.1 DISCAPACIDAD: Trece comités municipales de Discapacidad activos para finalizar el año, cinco jornadas masivas de Registro de localización y caracterización en municipios, Pereira cuenta con más de 40 UGD

5.2 ESCUELAS SALUDABLES

Realización del Encuentro Departamental de Escuelas Saludables, con la participación del 90% de municipios del Departamento.

Diagnóstico de la situación de las Escuelas Saludables en ocho municipios del Departamento.

Articulación de la estrategia Escuelas Saludables con la Estrategia de Estilos de Vida Saludables del Ministerio de Educación.

5.3 PERSONAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA, EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO Y CON DISCAPACIDAD

Eliminación de barreras de acceso a salud en población con discapacidad a partir de acuerdos con EPS y ESE, avance en el cumplimiento del auto 06 en Dosquebradas y Pereira, capacitación y Socialización en la convención Internacional de derechos a personas con discapacidad a personas del sector salud.

Articulación entre los diferentes actores del Sistema General de Salud y Seguridad Social: Secretarías de Salud, EPS e IPS con organizaciones sociales y comunitarias de la población víctima del conflicto armado, haciendo la promoción social de los derechos fundamentales de la población víctima del conflicto armado según la normatividad vigente, el bloque constitucional y las sentencias y autos de la honorable corte constitucional.

5.4 ADULTO MAYOR

Centros de protección al anciano han avanzado con respecto a los estándares de calidad. Siete Comités Municipales de Adulto mayor en los municipios de Belén de Umbría, Apía, Quinchía, Pueblo Rico, Marsella, Dosquebradas y Santa Rosa, están en su fase de constitución gracias a la implementación de la Política Nacional de envejecimiento y Vejez.



5.6 POBLACIÓN LGTBI

Realización de un Diagnóstico que nos permite contar con información frente a la percepción de salud de la población LGTBI en el departamento de Risaralda.

Elaboración de material en educación sexual, orientado a la población en mención.

5.7 PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL

Obtención del diagnóstico de las alianzas de usuarios y reactivación de la participación comunitaria.

Conformación de la Veeduría Departamental con apoyo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Reactivación de la Red Departamental de Control Social en Salud.

6. RECURSOS GESTIONADOS A NIVEL NACIONAL

Resolución 5152 del 28 de octubre del 2011. Cofinanciar la implementación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez en el departamento de Risaralda. Valor \$49'810.975

Resolución 500 del 29 de diciembre de 2011. Implementación, Monitoreo y evaluación del programa integrado de intervención territorial para la promoción social de las poblaciones prioritarias en el departamento de Risaralda. Valor \$ 66'754.000

Resolución 0472 del 27 de diciembre de 2011. Para la implementación de proyectos presentados para el fortalecimiento de las acciones de la Política Nacional de Reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas. Valor \$1.305'000.000

7. RELACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN CON OTROS SECTORES Y OTRAS ENTIDADES

La mayoría de las acciones que se realizan desde Promoción Social obligan la articulación Intersectorial. En su mayoría con el Sector Educativo, con la Secretaría de Desarrollo Social, con ICBF, con la Secretaría de Gobierno, con la Secretaría de Deporte, entre otros.

8. RELACIÓN DE LOS INFORMES PRESENTADOS DURANTE LA VIGENCIA 2012

9. RELACIÓN DE LAS ORDENANZAS DE LAS CUALES SON RESPONSABLES DE ACCIONES

ORDENANZA NÚMERO 001 (Febrero 1º de 2011)

“POR LA CUAL SE DESARROLLAN Y REGLAMENTAN LAS OBLIGACIONES QUE EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE DAÑOS A LA SALUD DE LOS MENORES DE EDAD Y DE LA POBLACIÓN NO FUMADORA, A CAUSA DEL CONSUMO DE TABACO Y SE PROMUEVA EL ABANDONO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO Y SUS DERIVADOS POR PARTE DE LOS FUMADORES EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA”

ORDENANZA NÚMERO 023 (Noviembre 25 de 2008)

“POR LA CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA EL ENVEJECIMIENTO Y LAS PERSONAS MAYORES EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

ORDENANZA NÚMERO 031 (Noviembre 30 de 2010)

“POR LA CUAL SE ESTABLECEN ACCIONES Y OBLIGACIONES PARA EL DEPARTAMENTO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA COMISIÓN DE INFRACCIONES Y REINCIDENCIA A LA LEY PENAL POR PARTE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

ORDENANZA NÚMERO 013 (Julio 30 de 2010)

“POR LA CUAL SE INSTITUCIONALIZA EL COMPARENDO EDUCATIVO PARA EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

ORDENANZA NO.023 DE NOVIEMBRE 25 DE 2008,

“POR LA CUAL SE ESTABLECEN LOS LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA EL ENVEJECIMIENTO Y LAS PERSONAS MAYORES EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

ORDENANZA NÚMERO 007 (Abril 27 de 2009)

“POR LA CUAL SE ESTABLECEN MECANISMOS DE PROTECCIÓN Y APOYO ESPECIAL A LA MUJER CABEZA DE FAMILIA

10. RELACIÓN DE COMITÉS, COMISIONES, ETC, DE LOS CUALES PERTENEZCAN EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES O COMO DELEGADOS, INDICANDO SU RESPONSABILIDAD Y LA FRECUENCIA CON LAS CUALES SE REÚNE

- Comité Departamental de Discapacidad. Se realiza la coordinación del comité, se reúne mensualmente.
- Comité Interno de Discapacidad. Equipo técnico conformado por profesionales de las Secretarías de Desarrollo Social, Planeación, Competitividad, Deporte, Educación y Salud, quien lo coordina. Reuniones Mensuales
- Comité Interno de Infancia. Equipo técnico conformado por profesionales de las Secretarías de Deporte, Educación, Salud, Desarrollo Social y Planeación quien lo coordina. Reuniones Mensuales
- Comité Departamental de Infancia. Reuniones bimensuales. Representante de la Secretaría de Salud
- Consejo de Política Social. Reuniones Trimestrales. Integrante del Equipo Técnico Asesor.

- Consejo Departamental de Adulto Mayor. En proceso de conformación. Coordina Salud.
- Consejo Consultivo de Víctimas. Reuniones que convoquen. Representante de la Secretaría de Salud.
- Consejo Consultivo para la Mujer. Reuniones que convoquen. Representante de la Secretaría de Salud.
- Consejo Regional Indígena. Reuniones que convoquen. Representante de la Secretaría de Salud.
- Comité Interinstitucional de Entornos Saludables. Reuniones Mensuales, Integrado por las Secretarías de Educación, Deporte y Salud. Coordina Salud.
- Red Departamental de Control Social. Reuniones que convoque la Contraloría Departamental. Representante de la Secretaría de Salud.

11. RELACIÓN DE LAS ACCIONES VINCULADAS MEDIANTE PLAN DE MEJORAMIENTO QUE NO HAN SIDO EJECUTADAS AL 100% Y LAS RAZONES.

En la actualidad Promoción Social no tiene Planes de Mejoramiento sin ejecutar.

12. RELACIÓN DE LAS VISITAS DE LOS ENTES DE CONTROL DE AAT RECIBIDAS POR USTEDES DURANTE LA VIGENCIA 2012.

- Asesoría y Asistencia Técnica por parte de la coordinadora de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social
- Asesoría y Asistencia Técnica por parte de la Asesora Nacional de programa de Víctimas.
- Asesoría y seguimiento. Profesional encargado del seguimiento a la conformación de Veedurías Ciudadanas de la Superintendencia de Salud.

13. RELACIÓN DE LAS CAPACITACIONES A LAS CUALES ASISTIÓ DURANTE LA VIGENCIA 2012, Y RELACIÓN DE DESPLAZAMIENTO A OTRAS CIUDADES EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

Taller Intersectorial Estrategia Colombia Inclusiva. Socialización del Observatorio Nacional de Discapacidad y de la Estrategia Colombia Inclusiva. Bogotá, 28 de febrero de 2012.

Taller avances estrategia Estilos de Vida Saludables, Evento entre el Ministerio de Educación y Min-salud para definir plan operativo a continuar. Bogotá. 14 al 16 de marzo de 2012.



Socialización Estudio Nacional de consumo de SPA. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 26 y 27 de abril de 2012

Taller Monitoreo y evaluación a la atención integral a la población en situación de desplazamiento. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 29 de mayo de 2012

Encuentro Nacional Participación Ciudadana. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 9 y 10 de agosto de 2012.

REUNION EJE MITIGACIÓN SPA. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. 13 de agosto de 2012.

14. PLAN DE TRABAJO PROPUESTO PARA EL AÑO 2013

- Validar y apoyar la aprobación de la Política Pública para la Mujer, en el departamento de Risaralda.
- Validar y apoyar la aprobación de la Política Pública para la población LGTBI, en el departamento de Risaralda.
- Elaborar y difundir un modelo de atención integral en Salud, para la comunidad indígena.
- Realizar un diagnóstico de la situación de salud de la población Afrodescendiente en el departamento de Risaralda.
- Realizar asesoría, asistencia técnica, formación y acompañamiento a los representantes de la comunidad y del Sector salud en la implementación de la Estrategia Hogares Saludables, en trece municipios del Departamento, a excepción de Pereira.
- Realizar acciones de promoción y prevención en la estrategia hogares saludables con participación de grupos comunitarios organizados en 13 municipios del Departamento, a excepción de Pereira.
- Realizar asistencia técnica, formación y acompañamiento en la normatividad vigente frente a la Participación Social y Ciudadana, a profesionales de la Salud y Direcciones Locales de Salud, en los catorce municipios del Departamento.
- Asesorar, capacitar y fortalecer la conformación de los espacios de Participación Social en Salud en los catorce municipios del Departamento.
- Asesorar, capacitar y acompañar la conformación y fortalecimiento de grupos de Veedores en Salud, en los catorce municipios del Departamento.
- Ampliar y fortalecer diagnósticos que evidencien el estado en que se encuentran las Escuelas Saludables en los municipios del Departamento, a excepción de Pereira.
- Realizar asesoría, asistencia técnica, formación y acompañamiento a los representantes de Instituciones Educativas, Direcciones locales de salud en el fortalecimiento de la Estrategia Escuelas Saludables y en el fomento de Estilos de Vida Saludables, en los catorce municipios del Departamento.

- Implementar la Estrategia Talentos Saludables, con la comunidad Educativa de las Escuelas Saludables y las Zonas de Orientación Escolar en el Departamento.
- Realizar el Encuentro Departamental anual de Escuelas Saludables
- Reproducir las cartillas "Construyendo nuestro" para los niños y niñas pertenecientes a las Escuelas Saludables de los trece municipios del Departamento, a excepción de Pereira.
- Fortalecer el sistemas de Información en APS y Escuelas Saludables
- Caracterizar a grupos familiares y capacitar a grupos comunitarios e institucionales, en estrategia de APS, a través de Hogares Saludables, de municipios del Departamento.
- Diseñar e implementar estrategias de información, concertación, monitoreo e intervención, para el desarrollo y evaluación de las acciones en materia de atención en salud y promoción social a las víctimas del conflicto armado, en los catorce municipios del Departamento.
- Capacitar cinco organizaciones de población víctima del conflicto armado y sociedad civil en los programas ordenados en los Autos y Sentencias de la Corte Constitucional, de responsabilidad del Sector Salud.
- Implementar programa de Protección Diferencial de Personas en Situación de Desplazamiento con Discapacidad – Auto 006 de 2009, en los municipios priorizados por el Ministerio de Salud y de Protección Social.
- Sensibilizar al personal de salud, de ocho municipios priorizados, en la atención y tratamiento adecuado, para la población Indígena, en especial en condición de desplazamiento por el conflicto armado.
- Fortalecer el desarrollo institucional, social y comunitario, desde enfoques lúdico formativos en el componente de Salud Mental en el departamento de Risaralda.
- Realizar asistencia técnica, formación y acompañamiento en salud mental y reducción del consumo de SPA, a los representantes de los comités interinstitucionales en los 14 municipios del Departamento.
- Realizar acciones en promoción, prevención, mitigación y superación para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en los catorce municipios del departamento.
- Diseño y elaboración de las políticas Departamentales de Salud Mental y Reducción del consumo de SPA.
- Diseño y elaboración de un Plan de Comunicación Social en salud Mental, convivencia y prevención del consumo de SPA
- Validar y apoyar la aprobación de la Política Pública de adulto mayor para el departamento de Risaralda.
- Identificar y fortalecer a las organizaciones comunitarias de personas mayores, desde el sector salud, en trece municipios del Departamento, a excepción de Pereira.
- Asesorar y acompañar a los Centros de Protección y Promoción Social del Adulto Mayor, para el cumplimiento de la Ley 1315 del 2009, en el departamento de Risaralda.

- Diseñar una Estrategia comunicativa para la promoción de estilos de vida saludable de las personas mayores en el departamento de Risaralda.
- Realizar asistencia técnica, formación y acompañamiento en la normatividad vigente frente a la protección del Adulto Mayor, a los representantes de los comités interinstitucionales en los 14 municipios del Departamento.
- Realizar asistencia técnica, formación y acompañamiento en la normatividad vigente frente a la protección de las personas con Discapacidad, a los representantes de los comités interinstitucionales en los 14 municipios del Departamento, incluyendo en Fortalecimiento y acompañamiento del Comité Departamental.
- Asesorar, capacitar y acompañar campañas que permitan el Registro, Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, en los catorce municipios del departamento de Risaralda.
- Asesorar, capacitar y fortalecer la implementación de la Estrategia RBC (Rehabilitación Basada en Comunidad), en los catorce municipios del Departamento, para garantizar la adecuada atención e inclusión de las personas con discapacidad y sus familias.
- Validar y apoyar la aprobación de la Política Pública en discapacidad del Departamento.
- Identificar y fortalecer en programas de salud, a organizaciones comunitarias de personas con discapacidad y sus cuidadores, en los 14 municipios del Departamento.
- Difundir y socializar los deberes y derechos al SGSSS a grupos de poblaciones prioritarias y con enfoque diferencial en trece municipios del Departamento, a excepción de Pereira.
- Sensibilizar al personal de las EPS y IPS en los catorce municipios del Departamento, en el manejo de las Personas con Discapacidad.
- Diseñar y validar una estrategia de Inclusión social para personas con discapacidad, en el departamento de Risaralda.
- Diseñar e implementar un programa de capacitación en Lengua de señas para PCD auditiva, para cuidadores y profesionales que trabajan con PCD, representantes de los municipios del Departamento.

15. PRINCIPALES DIFICULTADES U OBSTÁCULOS

Debido a la contratación tardía de algunos profesionales, algunas metas no fueron ejecutadas en su totalidad.

16. PROPUESTAS PARA EL MEJORAMIENTO

Contratación oportuna del equipo completo para realizar las acciones descritas en cada uno de los programas que componen el Eje de Promoción Social.

LUZ ADRIANA RIVERA GONZÁLEZ

Profesional Especializada

Recursos gestionados

La gestión en medios para el 2012 está tasada en cerca de 3.500 millones de pesos. Aquí es pertinente aclarar que la publicidad y difusión son costosas, por lo tanto la opción más frecuente es gestionar espacios en los medios.

Ejemplo 1: Página de Salud en el Diario El Otún que se publica full color todos los domingos. Según cotización del área comercial de este medio, una página con las características descritas tiene un costo de 30 millones de pesos. En el 2012 se publicaron 42 informes especiales. Es decir, 1260 millones.

Ejemplo 2: La producción de un comercial para televisión en Pereira tiene un costo en el mercado entre uno y dos millones de pesos. En Bogotá la producción de un comercial puede costar 20 millones. A esto hay que sumarle que para visibilizar un comercial se pautan espacios en los canales. Un espacio de 20 segundos en TELECAFÉ puede costar entre 500 y un millón de pesos.

Ejemplo 3: En el 2012 se gestionó un espacio radial de una hora para la Secretaría. Un espacio de estos puede costar entre dos y tres millones mensuales.

Relación de las estrategias de articulación con otros sectores

Una de las misiones de las oficinas de Comunicaciones es la de articularse permanente tanto interna como externamente.

De aquí que el profesional de esta área se articula a nivel interno con los diferentes programas de la Secretaría de Salud, el Despacho de la Secretaría y la Dirección de comunicaciones de la Gobernación.

A nivel externo creamos un vínculo que nos permite la comunicación diaria con los medios de difusión. Diariamente se envían boletines, informes especiales, material gráfico y de audio. Además se apoya la labor de los representantes de los medios con la gestión de entrevistas con los funcionarios de la Secretaría, se les suministra información o se realizan recorridos a los medios.

De igual forma nos articulamos con varias redes como las iglesias que pertenecen a la Diócesis de Pereira, líderes comunitarios y docentes. De igual forma tenemos una red de seguidores y amigos a través del Facebook de la secretaría y la Gobernación de Risaralda. (6000 personas)

Con la comunidad también nos articulamos a través de reuniones y grupos focales realizadas en los barrios. De igual forma a través de las reuniones nos hemos articulado con entidades como la Policía, Secretarías de Salud y Direcciones Locales.

Relación de las Ordenanzas de las cuales son responsables de acciones

Ordenanza 9 de 2008 "Por la cual se crea el programa pedagógico de sustitución de bolsas plásticas"

Ordenanza 001 de 2010 Por la cual se adoptan mecanismos para permitir el desarrollo de la cultura de donación de órganos

Ordenanza 001 2011 Por la cual se desarrollan y reglamentan las obligaciones que en materia de prevención de daños a la salud de la población fumadora.

Se aclara que la oficina de Comunicación no es la única área o programa que debe responder por el cumplimiento de estas Ordenanzas.

Para el cumplimiento de estas Ordenanzas la oficina de comunicaciones ha adelantado planes de comunicación y medios que sirven de evidencia para los informes que debe rendir la Secretaría.



Por otra parte se destaca que en buena parte de las visitas de los entes de control a los programas se solicitan las evidencias sobre el trabajo adelantado con los estrategias/planes de información, educación y comunicación.

Para atender estos requerimientos se creó el banco IEC donde reposan las evidencias del trabajo de comunicación adelantado con cada programa.

Plan de trabajo propuesto para el 2013

El plan de trabajo está sustentado en 70 planes de comunicación para atender las necesidades de Difusión de los programas y diferentes patologías que se manejan en Salud Pública.

Principales Dificultades y Obstáculos

Elaborar y ejecutar 70 planes de comunicación es una tarea que requiere un equipo de trabajo y no una persona como actualmente se tiene. A partir de las evidencias presentadas en este informe y los informes de los diferentes programas se sustenta la necesidad de personal que apoye las labores de diseño gráfico, producción audiovisual, medios electrónicos, auxiliar para la producción periodística, apoyo eventos.

Lo anterior sin contar con la sentida necesidad de personal para realizar investigaciones y proyecto comunicativos. Ejemplo: No se cuenta con estudio sobre el consumo de medios en Risaralda, no se cuenta con líneas base de muchas patologías que sirvan como punto de partida para la medición del comportamiento de la gente y el impacto de la comunicación.