

**INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA SOBRE LOS
INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA DEL MUNICIPIO DE PASTO
PERIODO 2004 – 2007**

NHORA AILEEN PAREDES USAMA

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

**INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA SOBRE LOS
INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA DEL MUNICIPIO DE PASTO
PERIODO 2004 – 2007**

NHORA PAREDES USAMA

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
ECONOMISTA**

**ASESOR:
Dr. ANTONIO BASTIDAS
Economista**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

Nota de Aceptación

IGNACIO GARCÉS
Jurado

EDGAR RODRIGUEZ
Jurado

ANTONIO BASTIDAS
Asesor

San Juan de Pasto, 2008

DEDICATORIA

*A mi hermano **James M.** que desde el cielo estoy segura que en los malos y buenos tiempos siempre nos acompaña; a mi madre **Maura C.** quien con su sacrificio, apoyo, y amor eterno contribuye a hacer posible, lo que se creía difícil; a mi hermano **Alexander** quien con su experiencia guió mi camino; y a **Leidy H.**, quien con su inocencia, ternura y alegría me inspira a soñar y luchar por un mundo mejor.*

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial a la Universidad de Nariño y con ello a cada uno de mis profesores, de igual forma gracias a Antonio Bastidas, asesor de mi trabajo de grado y a los jurados Ignacio Garcés y Edgar Rodríguez, por contribuir a la realización del presente trabajo.

Así mismo gracias a Armando Arteaga por la oportunidad de realizar la pasantía, tiempo en el cual conocí a personas especiales como Ingrid Calvache, Carmen Montenegro y Fabián Portillo

Finalmente a Tania, Leidy, Magda Benavides, y Johana Bazante, por los momentos compartidos en nuestra vida universitaria.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1 ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1.1 Planteamiento del problema	13
1.1.2 Formulación del Problema	21
1.1.3 Sistematización del Problema	21
1.2 JUSTIFICACIÓN	22
1.3 OBJETIVOS	23
1.3.1 Objetivo general	23
1.3.2 Objetivos específicos	23
1.4 COBERTURA DEL ESTUDIO	23
1.4.1 Temporal	23
1.4.2 Espacial	23
1.5 MARCO DE REFERENCIA	24
1.5.1 Marco Teórico	24
1.5.2 Marco Contextual	30
1.5.3 Marco Conceptual	31
1.5.4 Marco Legal	34
1.6 PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS	36
1.6.1 Tipo de Estudio	36
1.6.2 Diseño de la investigación	36
1.6.2.1 Fuente de Información	36
1.6.2.2 Universo y muestra	36
2 INVESTIGACION DE LOS PROYECTOS QUE HACEN PARTE DE LA INVERSION EN SALUD PÚBLICA	37
2.1 DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE	37
2.2 PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA	38
2.3 PROYECTOS QUE HACEN PARTE DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA	40
2.4 DEBILIDADES EN LA METODOLOGÍA Y/O EN LA FORMULACIÓN DE LOS PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA	51
3 INDICADORES QUE REFLEJAN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION DEL MUNICIPIO DE PASTO	53
3.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA	53

3.2	PROCEDIMIENTO PARA FORMULAR OBJETIVOS E INDICADORES DE IMPACTO	54
3.3	FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E INDICADORES DE IMPACTO, Y ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA	58
		76
4.	ANÁLISIS DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA	
4.1	RENTAS E INGRESOS DE LA DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD DE LA ALCALDÍA DE PASTO	76
4.2	ANÁLISIS DE LOS RECURSOS EJECUTADOS CON RELACIÓN AL PRESUPUESTO	79
4.3	INVERSIÓN TOTAL EN PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA	83
4.4	ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LOS INDICADORES DE CADA PROYECTO	85
4.4.1	Implementación al fortalecimiento del programa de atención al joven en salud sexual y reproductiva	85
4.4.2	Mejoramiento del estado de salud de la población infantil y escolarizada	88
4.4.3	Implementación fortalecimiento de habilidades psicosociales para la prevención de la violencia y consumo de SPA	90
4.4.4	Mejoramiento de estilos de vida saludables	92
4.4.5	Salud ambiental	94
4.4.6	Mejoramiento y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública	96
4.5	RESULTADOS SONDEO DE OPINIÓN	98
5.	ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE LA INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA SOBRE LOS INDICADORES CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE PASTO	101
	CONCLUSIONES	106
	RECOMENDACIONES	109
	BIBLIOGRAFIA	111
	ANEXO A	114
	ANEXO B	121

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
GRÁFICA 1: INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	59
GRÁFICA 2: MORTALIDAD MATERNA, PERINATAL Y POR CÁNCER DE ÚTERO	62
GRÁFICA 3: MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) E INFECCIONES RESPIRATORIA AGUDA (IRA)	65
GRÁFICA 4: MORTALIDAD POR VIOLENCIA	67
GRÁFICA 5: INCIDENCIA DE BRUCELOSIS Y COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA	70
GRÁFICA 6: COMPORTAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	73
GRÁFICA 7: COMPORTAMIENTO DE LA INCIDENCIA DE VARICELA, TBC P Y TBC E	75
GRÁFICA 8: TENDENCIA DE LOS INGRESOS Y RENTAS DE LA DMS, ALCALDÍA DE PASTO	78
GRÁFICA 9: PRESUPUESTO VS. EJECUCIÓN 2004	79
GRÁFICA 10: PRESUPUESTO VS. EJECUCIÓN 2005	80
GRÁFICA 11: PRESUPUESTO VS. EJECUCIÓN 2006	81
GRÁFICA 12: PRESUPUESTO VS. EJECUCIÓN 2007	82
GRÁFICA 13: INVERSIÓN TOTAL PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA (2004-2007)	83
GRÁFICA 14: RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	85
GRÁFICA 15: RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO, PREVENCIÓN DE ITS	87
GRÁFICA 16: RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO, SALUD INFANTIL	88
GRÁFICA 17: RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO, PREVENCIÓN DE VIOLENCIA	90
GRÁFICA 18: RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO, VIDA SALUDABLE	92
GRÁFICA 19: RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO, SALUD AMBIENTAL	94
GRÁFICA 20: RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO, VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	96
GRÁFICA 21: OPINIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	98
GRÁFICA 22: OPINIÓN ACERCA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	99
GRÁFICA 23: OPINIÓN ACERCA DE LOS PROBLEMAS LOS SERVICIO DE SALUD PÚBLICA	99
GRÁFICA 24: PERCEPCIÓN EN EL PROGRESO DE LA CÁLIDAD DE VIDA	100
GRÁFICA 25: SUGERENCIA PARA MEJORAR SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	100

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1: POBLACIÓN MUNICIPIO DE PASTO - PROYECCIÓN 1996 – 2005	30
TABLA 2: IMPLEMENTACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ITS, VIH	58
TABLA 3: MEJORAMIENTO DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CERVIX A TRAVÉS DE LA PROMOCIÓN DEL SERVICIO DE CITOLOGÍAS	60
TABLA 4: IMPLEMENTACIÓN AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL JOVEN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	61
TABLA 5: MEJORAMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ESCOLARIZADA	64
TABLA 6: IMPLEMENTACIÓN FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PSICOSOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	66
TABLA 7: CONTROL Y SEGUIMIENTO A LAS JUNTAS ADMINISTRADORAS DE ACUEDUCTOS EN LA ZONA SUBURBANA Y RURAL	68
TABLA 8: CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN ZONOSIS	69
TABLA 9: MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	72
TABLA 10: MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	74
TABLA 11: VARIACIÓN ANUAL DE INGRESOS Y RENTAS DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDÍA DE PASTO (2004 – 2007)	76

LISTA DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1: IMPLEMENTACIÓN AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL JOVEN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	41
CUADRO 2: IMPLEMENTACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ITS, VIH/SIDA	42
CUADRO 3: MEJORAMIENTO DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CERVIX	43
CUADRO 4: MEJORAMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ESCOLARIZADA	44
CUADRO 5: IMPLEMENTACIÓN FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PSICOSOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	45
CUADRO 6: IMPLEMENTACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	46
CUADRO 7: CONTROL Y SEGUIMIENTO A LAS JUNTAS ADMINISTRADORAS DE ACUEDUCTOS EN LA ZONA SUBURBANA Y RURAL	47
CUADRO 8: CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN ZONOSIS	48
CUADRO 9: MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	49
CUADRO 10: MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	50
CUADRO 11: FORMULACIÓN DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS DE IMPACTO	55
CUADRO 12: TRASFORMAR UNA SITUACIÓN NEGATIVA A UNA SITUACIÓN POSITIVA	56
CUADRO 13: FORMULACIÓN DE OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS DE PRODUCTO	57

RESUMEN

En el salud pública se ha avanzado significativamente, considerándola hoy como el sector responsable de plantear diferentes intervenciones con el propósito de prevenir enfermedades, proteger y promover una vida saludable, de tal manera que estas acciones impliquen mayor bienestar y por ende mejor calidad de vida.

Pese a los avances, los recursos destinados son insuficientes, por lo que difícilmente puede aceptarse que incidan positivamente en el estado de salud de la población; por lo tanto el mayor reto corresponde a las entidades públicas responsables, quienes con transparencia y compromiso les corresponde desarrollar un proceso eficiente de focalización y al mismo tiempo hacer que la salud pública sea contextualizada en un marco económico y social mas amplio, es decir, considerar la salud pública como generadora de bienestar y capital humano mas productivo, que implique un mayor crecimiento económico, mejor calidad de vida para alcanzar así, el anhelado desarrollo humano en la región.

ABSTRACT

The public health has advanced significantly, considering it today like the sector responsible of outline different interventions with the purpose of prevent illnesses, to protect and to promote a healthy life, in such a way that these actions imply major well-being and therefore better quality of life.

In spite of the advances, the dedicated resources are insufficient, for what difficulty can be accepted that this actions impact positively in the state of the people's health; therefore the big challenge correspond to the responsible public entities which with transparency and commitment must develop an efficient process of people's selection with big economic problems and at the same time to include the public health in an economic and social frame more wide , that is, to consider the public health as generating of well-being and human capital more productive that imply a big economic growth , better quality of life, for to reach so, the one yearned human development in the region.

INTRODUCCIÓN

La finalidad fundamental del proceso de planeación en el campo de la salud pública debe apuntar a mejorar las condiciones de vida de la población bajo un modelo incansable de avance en la calidad de los servicios prestados, mediante la construcción de políticas eficientes, apoyadas en acciones y estrategias eficaces, para esto es fundamental partir de las necesidades sentidas de la comunidad mas pobre y vulnerable.

Con el presente trabajo se logró establecer la manera como han evolucionado los principales indicadores que reflejan el estado de salud, componente fundamental, que evidencia el avance alcanzado en cuanto a calidad de vida de la población del municipio de Pasto.

Para el desarrollo del presente trabajo, el segundo capitulo se orientó a conocer cada uno de los proyectos de Salud Pública, asimismo se identificó el problema, objetivos e indicadores de cada proyecto, junto con las principales acciones o actividades que se vienen desarrollando en la Dirección Municipal de Salud, de la Alcaldía de Pasto y se realizó un rápido diagnóstico de las debilidades.

En el tercer capitulo, se clasificó los proyectos en: Prevención de la Enfermedad, Protección de la Salud y Promoción de la Salud, además se formularon objetivos e indicadores de impacto, puesto que con los planteados en los proyectos, no era posible observar el progreso en el estado de salud de la población del municipio de Pasto, porque no se relacionaban directamente en la solución del problema que está afectando a una comunidad y luego se calculó los indicadores y sobre sus resultados se realizó un breve análisis.

En el capitulo cuarto se realizó un análisis de los ingresos y rentas de la Dirección Municipal de Salud, asimismo los recursos invertidos en cada proyecto, y además se analizó el comportamiento de los indicadores frente al comportamiento de la inversión. Finalmente se establecieron estrategias para mejorar la incidencia de la inversión en salud pública sobre el estado de salud de la población y por ende contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio de Pasto.

1. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Planteamiento del Problema Las manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existen desde los inicios de la historia de la humanidad. Los egipcios, según Heródoto era el pueblo más higiénico, practicaban higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales. Los hebreos se adelantaron aún más al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico en 1500 años antes de JC, en este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua.

La civilización griega se interesó por la limpieza personal, el ejercicio físico y las dietas alimenticias antes que por los problemas del saneamiento del medio. Mientras que el imperio romano es conocido por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos. En América, la civilización Tehotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia, lo mismo sucede en la cultura Azteca.¹

En la Edad Media, dominada por el cristianismo, se produjo una reacción contraria a todo lo que recordaba al imperio romano y al paganismo. "El desprecio de lo mundano y la "mortificación de la carne" pasaron a ser las normas preferidas de conducta, por lo que el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, se produjeron las grandes epidemias de la humanidad, como la lepra, la cual consiguió erradicar de Europa con la marginación y el exterminio de los leprosos"², es así como la humanidad permaneció impotente durante mucho tiempo en el terreno de la prevención de enfermedades.

"En el siglo XVIII, la evolución industrial y la aparición del capitalismo plantearon la necesidad urgente de una mano de obra fuerte y saludable, la cual solo podría ser consumida con extremas jornadas de trabajo para lograr altos niveles de acumulación; por ello se asumió determinado tipo de epidemias como fatalidad social y se creó entonces la necesidad de una cierta intervención social, básicamente de orden preventivo y que dio lugar al modelo "higienista" del siglo

1. Historia de la Salud Pública. De Wikipedia, la enciclopedia libre. <http://es.wikipedia.org/wiki/con>. Consultado 29 de septiembre de 2007

2. Ibíd.

XVIII y XIX”³, es así como en aquel tiempo la salud pública fue responsabilidad del Estado, pero surge como necesidad del Capitalismo.

En el **siglo XIX** se presentaron altos niveles de mortandad por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad, frente a esta situación Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales; muy similar era la situación en Latinoamérica, ya que desde comienzos del mismo siglo, se presentaron sucesión de epidemias que interrumpían el desarrollo de las economías de exportación, la modernización y estabilización de los estados; luego de las guerras civiles y la llegada de inmigrantes europeos, entre otros factores, contribuyeron a la formación de juntas de sanidad de emergencia, a la adscripción de responsabilidades sanitarias a las municipalidades y a otras agencias de gobierno local, a la organización de medidas de saneamiento urbano y a la imitación de modelos de medicina y salud europeos, con esas medidas se logró reducir la mortandad en Latinoamérica.⁴

Durante la I y II Guerras Mundiales, la crisis económico de 1929, en Europa se desarrollaba leyes de seguridad social y creación de sistemas nacionales de salud, asimismo continúan los grandes descubrimientos científicos como las píldoras anticonceptivas, la penicilina por A. Fleming, el vector de la fiebre amarilla por el cubano Finlay junto con el descubrimiento de vacunas efectivas, como el vector de la fiebre amarilla, lo cual propicio el desarrollo de la inmunología como ciencia esto ayudó a erradicar viruela en todo el mundo, y además a un notable descenso de enfermedades.⁵ Esos avances científicos junto con la experiencia acumulada hicieron plantear posteriormente políticas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, conformando así la Salud Pública.

“La salud pública ha navegado por diferentes corrientes, hasta entenderla como se hace actualmente, ya que paso de perseguir microorganismos, a considerar hoy día la influencia de los problemas sociales en la salud, y consolidarse como un proceso de construcción democrática del bienestar y la calidad de vida, y un factor clave del desarrollo”⁶. Conclusión aceptada por diferentes organizaciones mundiales, lo cual ha conllevado ha expresar la Salud Pública como toda acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales orientada a la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de tres áreas fundamentales: 1) fomento de la vitalidad y salud integral; 2) prevención de enfermedades infecciosas y no infecciosas; y 3) rehabilitación de personas enfermas o Incapacitadas para que alcancen el grado

4. MARCOS Cueto y BIRN Anne Emanuelle, Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: Nuevas Perspectivas Históricas. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana. p.10

5. *Ibíd.* P. 13

6. SALAZAR, Ligia, Enfermera, Ph.D en Evaluación. Directora del Centro CEDETES UNIVERSIDAD DEL VALLE. INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA: De Cazadores de Microbios a Constructores Sociales de Calidad de Vida.

más alto posible de actividad por sí mismas. Por lo tanto es un sistema que no solo implica respuestas de tipo biológico sino que demandan estrategias económicas, sociales y políticas; ya que se debe reflexionar acerca de la problemática que está afectando a la población, ya que a pesar a los avances logrados en salud pública, la situación aún es preocupante como es el caso de la niñez mundial, ya que se estima que cada año 3,3 millones de niños nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años, de estas muertes se estima que aproximadamente el 27% se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales.⁷ Entre las principales enfermedades infecciosas que causan la muerte son las respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, enfermedades que pueden ser prevenidas o efectivamente tratadas mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, aún hay considerables familias especialmente en aquellos países más pobres, que no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permita aplicarlas en el hogar y la comunidad.

“Las muertes maternas también siguen constituyendo un grave problema social: el total anual asciende ahora a 529 000 defunciones; con frecuencia se trata de muertes repentinas e imprevistas que se producen durante el embarazo propiamente y unas 68 000 a consecuencia de un aborto peligroso, durante el parto o después de nacer el bebé. Esas muertes dejan atrás a unas familias destrozadas, que a menudo se ven arrastradas a la pobreza por tener que costear una atención sanitaria que llegó demasiado tarde o no dio resultado.”⁸

Con respecto a las tasas de mortalidad de menores de cinco años ha venido reduciéndose es así como de 146 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 79 por 1000 en 2003. Sin embargo, a partir del 2000 esa tendencia dinámica favorable empezó a frenarse en algunas partes del mundo. Las mejoras continuaron o se aceleraron en la Región de América, Asia Sudoriental y Europa, mientras que en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se observó una desaceleración de los avances. La mortalidad de menores de cinco años está cayendo rápidamente en 93 países, que conjuntamente comprenden el 40% de la población mundial, mientras que en 51 países que representan el 48 % de la población mundial los progresos en este aspecto son más lentos.⁹ Con respecto a la mortalidad neonatal el panorama es mucho más preocupante de lo que se pensaba, ya que según las últimas estimaciones representa el 40% de las defunciones de menores de cinco años; donde menos del 2% de las muertes

7. INFORME DE ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Editado (2005) Situación Actual de la Salud 2005

8. OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Panorama General Informe Sobre La Salud En El Mundo. Capítulo 1. Las madres y los niños son importantes y su salud también. Ginebra (Suiza), abril 2005. p 4

9. Ibíd. P 11

de recién nacidos se producen en países de ingresos altos. Esto refleja diferencias en el estado de salud de los habitantes entre países ricos y pobres, lo cual es mucho más evidente la distribución de las 529000 defunciones maternas que se registran cada año, ya que sólo un 1% se da en los países ricos, situación aún más desigual que la de las defunciones de recién nacidos y niños. En relación a las enfermedades imputables al embarazo o al parto, se estima que se presentan en más de 300 millones de mujeres del mundo entero, por esto, se ha dado importancia a la atención prenatal alcanzando logros ejemplares: la cobertura mundial se amplió en un 20% durante los años noventa y sigue aumentando en la mayoría del mundo. La preocupación por un buen desenlace del embarazo ha convertido a las mujeres en el grupo más numeroso implicado activamente en la búsqueda de atención sanitaria.¹⁰

En el tema de los embarazos no deseados se “estima que cada año se producen 87 millones de embarazos involuntarios, o no deseados, lo cual ha hecho evidente la necesidad de realizar inversiones en salud pública en este aspecto a través de los programas de Promoción y Prevención orientados a educar en materia de anticoncepción para prevenir los embarazos no deseados, aunque lo cierto es que ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenirlos en su totalidad. Más de la mitad de las mujeres afectadas, esto es, 46 millones cada año recurren al aborto inducido; el hecho de que 18 millones se sometan a él en condiciones peligrosas constituye un importante problema de salud pública”.¹¹

“En la actualidad, unos ochenta países han adoptado programas de control de natalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ayudado a muchos de ellos a organizar y fomentar programas de planificación familiar. La OMS también patrocina programas de investigación sobre anticoncepción y planificación familiar. Entre los objetivos, está el de incrementar al 59% la proporción mundial de mujeres en edad fértil que utilicen anticonceptivos. Aunque en la actualidad los métodos de control de natalidad son más numerosos y eficaces, la superpoblación y los embarazos no deseados continúan siendo un problema en muchas partes del mundo”.¹²

En los últimos años no sólo en los países mas desarrollados el tema de la salud pública ha tenido gran importancia, en Colombia también se ha tornado como factor determinante en el bienestar, por lo que se ha impulsado políticas sociales gubernamentales orientadas a hacer efectiva la incidencia de la salud pública en el trabajo, en las mujeres, y en grupos minoritarios; las tendencias de mortalidad y morbilidad por clase social; el control de enfermedades transmisibles, es decir, paulatinamente se ha desarrollado un nuevo enfoque social al estudio de la salud pública.

10. OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Op. Cit. Pág 12

11. Ibíd. Capítulo 3. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo. P 13

12. "Organización Mundial de la Salud (OMS). Control de Natalidad" Microsoft® Encarta® 2006 [CD]. Microsoft Corporation, 2005.

De la misma forma en Colombia con la implementación de los programas de la salud pública se viene mejorando indicadores que impactan positivamente en la calidad de vida de las personas, como es el de mortalidad infantil, el cual que ha logrado mayor descenso y transformación en su estructura durante los últimos años, pasando de 123,2 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en 1950 a 37 en 1990, 28,1 para el año 2000 y 19 por mil nacidos vivos para el 2005, siendo de 17 por mil en la zona urbana y 24 por mil en la rural y contribuyendo en gran medida al aumento de la expectativa de vida al nacer, la cual se incrementó de 50.6 años en 1950 a 73.2 en 2005.¹³

Las principales causas de muerte infantil, están relacionadas con el periodo perinatal y las infecciones respiratorias agudas. “Para el grupo de 1 a 4 años, predominan las infecciones respiratorias agudas, las deficiencias nutricionales, el ahogamiento y los accidentes y las enfermedades infecciosas intestinales. Al desarrollo de la salud pública por medio de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud se atribuye el progreso en la tendencia sostenida a la reducción de la mortalidad por causas infecciosas EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas) e IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) para ambos grupos de edad.”¹⁴

Anteriormente existían grandes deficiencias de información sobre enfermedades prevenibles puede afirmarse que casi “un 40% de las defunciones ocurridas en 1972 para niños entre 0 y 1 años, podrían estar relacionadas con una enfermedad prevenible por la vacunación. En el 2001, el porcentaje de defunciones de niños de uno a cinco meses, donde se concentra la mortalidad infantil, causadas por enfermedades prevenibles por vacunación fue de 7,4%. Desde 1978 cuando se inicia los programas de vacunación, las coberturas nacionales tuvieron un progresivo aumento de 15% hasta lograr más del 92.3% en 1996 en las vacunas (polio, DPT, BCG, Hepatitis B, HiB, Triple viral). Entre 1997 y 1999 las coberturas descendieron a porcentajes que varían entre 88% y el 75%, situación que comenzó a recuperarse paulatinamente a partir del año 2000, a niveles cercanos al 92%.¹⁵ Es así como con el desarrollo de la salud pública a través de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se ha mejorado la salud de la población especialmente en los niños.

Según el Ministerio de la Protección social, en el Informe de la Situación de salud de la Infancia 2006, afirma que en el transcurso de la última década el esquema del programa regular de vacunación para los niños menores de un año, se ha mejorado sustancialmente con vacunas más seguras y eficaces, de tal forma que en la actualidad se suministran vacunas contra 11 enfermedades, incluyendo adicionalmente hepatitis B, meningitis e infecciones por haemophilus influenza tipo

13 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Modulo- Análisis de Situación de salud de la infancia 2006. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005. p 1

14. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Op. Cit. P 5

15. Ibid., P 6Fuente: DANE (2001).

B (HiB), así como contra rubéola, paperas y sarampión (triple viral) y fiebre amarilla. Para la demás población el programa incluye la aplicación de refuerzos de las principales vacunas a los 18 meses y 5 años de edad, la vacunación contra fiebre amarilla a población entre 2 y 65 años en zonas de riesgo, la vacunación contra sarampión y rubéola en post-parto y post-aborto, la aplicación de toxoide tetánico y diftérico en control prenatal y a mujeres en edad fértil en municipios de alto riesgo y la contención de brotes de meningitis por meningococo.

Con respecto a la Tasa total de fecundidad, esta ha tenido un marcado descenso de 6.8 en 1950 a 2.4 hijos por mujer, en 2005, siendo la fecundidad urbana de 2.1 y la rural de 3.4 hijos por mujer. En Adolescente, se tiene que de la proporción de mujeres de 15 a 19 años, en 1990 el 12.8% había estado embarazada o era madre, para el 2000, esta participación se incremento a 19% y en el 2005 alcanzo el 21,0%. Para el 2005 de estas adolescentes que han estado embarazadas o eran madres, el 52,3% no tenía ningún nivel de educación, el 42,3 había cursado primaria, el 17,3 secundaria y sólo el 9,0% había cursado estudios superiores.¹⁶

En lo relacionado a la mortalidad materna, en el año 2000 se registró una tasa cercana a 100 muertes por 100 cien mil nacidos vivos, esta cifra ha presentado un rápido descenso de 32% al año 2005, ya que en este año presentó una participación cercana a 68 muertes por cien mil nacidos vivos¹⁷, cifra que según el Ministerio de la Protección Social considera que es un nivel alto para el desarrollo que tiene el país, para las inversiones realizadas en campañas de motivación a controles de embarazo.

En lo concerniente al VIH- SIDA, “el mecanismo de transmisión más frecuente en Colombia es el sexual: 53.7% heterosexual, 27.1% homosexual y 15.2% bisexual. La transmisión por vía sanguínea no es predominante. El número total de casos notificados en el país desde 1983 hasta 31 de diciembre de 2005 asciende a 46.815 casos de infección por VIH y de SIDA, de las cuales 28.060 (60%) corresponden a personas con VIH, 10.283 (22%) a personas viviendo con SIDA, el 18% restante corresponde a personas fallecidas y casos no clasificados. La mortalidad por SIDA, acumulada en el periodo 1.995 a 2.002, es de 13.194 casos. La mayor proporción en el grupo etáreo de 25 a 34, con 4.874 casos equivalentes al 36,9%, seguido por el grupo de 35 a 44 años, con 4.255 casos acumulados, que equivalen al 32,2%.”¹⁸

Recientemente en Colombia, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población se ha desarrollado un informe de seguimiento de la Sociedad civil colombiana, por medio de establecer unos objetivos de desarrollo del Milenio, para superar la pobreza y lograr la redistribución del ingreso y la riqueza, en el cual con

16. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Análisis de la Salud Sexual y Reproductiva. 2006. Fuente: DANE Estadísticas Vitales p 3

17. Ibid. P 9. Cita Magda Ruiz: Proyecto DANE-MPS Estudio de Mortalidad Materna 2004

18. Ibid. 13

respecto a la salud la propuesta es mayor compromiso del gobierno nacional para realizar el derecho a la salud integral a todas las personas, garantizando el acceso efectivo en todos los niveles de atención primaria a la familia; así mismo la formulación y puesta en marcha de una política de salud pública, para que sea posible una población más saludable y sana, así como más educada y calificada, para mejorar la productividad de las empresas y la competitividad del país, así como el desarrollo humano de la nación.

Es así como cada vez se hace más innegable los efectos que tienen los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como medios para propiciar mayor bienestar a la comunidad. Por su parte el municipio de Pasto, al igual las instituciones mundiales y nacionales ha reconocido la importancia de mejorar la calidad de vida de sus habitantes, lo cual se puede evidenciar en el Plan de Desarrollo Municipal 2004-2007 el cual considera la existencia de amplios sectores de la población en condiciones de exclusión y vulnerabilidad extrema, por lo cual se plantea adelantar una serie de inversiones y acciones en áreas que tienen un mayor Incidencia social en la búsqueda de la equidad y para esto propone consolidar la red de organizaciones sociales para la atención integral a la niñez, la juventud, la vejez, discapacitados, niños con necesidades educativas especiales, madres cabeza de familia, niños y jóvenes en situación de calle y población en situación de desplazamiento, entre otros.¹⁹

En el municipio de Pasto, en 1998 la tasa bruta de Natalidad por mil habitantes fue de 19, para el año 1999 fue de 17, en el 2000 permaneció constante y en el 2001 fue de 17,57. El Índice de fecundidad fue de 2,3 para el año 1998, en los años 1999 y 2000 fue de 2 y en 2001 fue de 2,1.²⁰

En el año 1998 la tasa de mortalidad general por mil habitantes era de 4.03, en los años 1999 y 2000 se presentó cierto incremento ubicándose en 4,32 y 4,5 respectivamente, y en el año siguiente se percibió una considerable disminución presentando una tasa de 3.31. La tasa de mortalidad materna x 1.000 nacidos vivos en los años 1998, 1999 y 2000 se ubicó en 1.1, 1, 1.2 respectivamente, para los mismos años la Tasa de mortalidad por EDA x 100.000 menores de 5 años fue de 7.6, 2.55 y 12.79, y la Tasa de mortalidad por IRA x 100.000 menores de 5 años se ubicó 15.2, 7.6 y 12.79²¹

En 1998 los habitantes estimados para el municipio de Pasto fue de 369.829 de los cuales 114003 pertenecían al nivel 1 y 2 de la población pobre y vulnerable del SISBEN, de esta proporción el 42,9% fue carnetizada o favorecida con el subsidio de salud, en el año 2000 la población identificada en el nivel 1 y 2 del SISBEN fue de 116649, de esta proporción el 46% fue carnetizada, para el año 2001, 2002 y

19. ALCALDIA DE PASTO. Plan de Desarrollo Municipal 2004-2007. PASTO MEJOR. San Juan de Pasto Febrero 27 de 2004

20. ALCALDIA DE PASTO. Documento De Trabajo: "Construcción Participativa del Plan de Desarrollo Municipal. 2004 – 2007: bases para la concertación ciudadana" DIAGNOSTICO. Pág. 5

21. *Ibíd.* Pág. 5

2003 la población del nivel sisbenizada fue de 117804, 174267 y 187469 respectivamente y la proporción carnetizada se mantuvo en el 61% durante los tres años.²²

Con respecto a coberturas de vacunación, se ha desarrollado el programa ampliado de inmunizaciones (PAI). La cobertura en los biológicos: Polio, DPT, BCG, HB, HIB en el año 2002 fue de 75% y en el año 2003 la cobertura fue de 78.2%.²³

Es así, como específicamente en el tema de la Salud Pública se ha venido reforzando y desarrollado proyectos encaminados a: prevenir enfermedades y promocionar hábitos saludables, lo cual posibilite disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad especialmente en los niños, disminuir la tasa de fecundidad principalmente en mujeres jóvenes, y además reducir los riesgos a los que generalmente puede estar expuesta la comunidad.

Pero para nadie es un secreto, que en un municipio como Pasto las necesidades son crecientes no solamente en el tema de la salud, sino en muchos otros aspectos, y los recursos son limitados; por lo tanto es de interés público y tarea indispensable de la Dirección Municipal de Salud realizar un estudio sistémico Concreto y completo sobre las acciones o actividades que se han venido realizando, con el fin de establecer que tan viables son, para lo cual se hace necesario establecer indicadores ligados al aspecto cualitativo de tal forma que se pueda evidenciar los beneficios logrados en la calidad de vida de la población como resultado de la inversión en la salud pública.

Si bien, son innegables los logros obtenidos en el municipio, también es cierto que la gran mayoría de la población es pobre lo cual implica mayor dificultad para acceder a todos los servicios de salud y además significa mayor riesgo a exposición de enfermedades por no tener la suficiente información y condiciones de salubridad. Por esta realidad social se puede decir que aún falta mucho por hacer y por cambiar por lo tanto se requiere un mayor esfuerzo en todos los campos implicados, como en la eficiencia de los recursos, gestión, ejecución y control de los programas.

22. ALCALDIA DE PASTO. Op.Cit. Pág 6

23. Ibíd.

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia de la inversión en salud pública, sobre los indicadores de calidad de vida del municipio de Pasto, en el periodo 2004 hasta el primer semestre del año 2007?

1.1.3 Sistematización del problema

¿Cuáles son los proyectos de salud pública, y que estrategias o actividades se han adoptado por la Alcaldía del Municipio de Pasto a través de la dirección municipal de salud para cumplir con los objetivos de cada proyecto?

¿Cuáles son los resultados de los indicadores del sector salud en el municipio de Pasto?

¿Cuál fue la Inversión realizada, por la Alcaldía de Pasto, a través de la Dirección Municipal de Salud, en los proyectos de Salud Pública?

¿Cómo se puede lograr mejorar la incidencia de la inversión en salud pública, sobre los indicadores de calidad de vida s del municipio de Pasto?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El propósito del presente estudio es comprender cualitativa y cuantitativamente la dimensión de la salud pública, que se concreta en los proyectos de *Prevención de la enfermedad y promoción de la salud*; con el fin de identificar las áreas, actividades u operaciones que realmente están incidiendo en la población; posibilitando así detectar oportunamente debilidades, destacar lo útil, eficiente y aceptable para actualizarlo teniendo en cuenta las circunstancias que ayudaron a su éxito y las nuevas que se prevén, sacar a flote las posibles insuficiencias o errores para contrarrestarlos y prevenirlos en el futuro.

Para esto será necesario identificar clara y concretamente los objetivos, actividades o estrategias y las metas de cada programa; y para que este proceso sea efectivamente medido será indispensable utilizar indicadores con los cuales se establecerá la incidencia en la calidad de vida de los habitantes del municipio de Pasto. Además se requerirá un análisis preciso, porque esta información no puede únicamente estancarse en estadísticas, sino que debe complementarse con el aspecto cualitativo, de esta forma se logrará dar relevancia y respaldar la inversión de recursos en los proyectos, si los resultados obtenidos son positivos; adicionalmente se podrá conocer si las actividades reales y los recursos asignados corresponden a las actividades y recursos proyectados.

Lo anterior hará de la evaluación un instrumento útil para justificar y desarrollar políticas sobre la salud pública y un instrumento reflexivo para desarrollar y mejorar la calidad y el profesionalismo de un equipo de trabajo frente a los diferentes proyectos que se ejecutan en la Dirección Municipal de Salud.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Evaluar la incidencia de la inversión en salud pública, sobre los indicadores de calidad de vida del municipio de Pasto, en el periodo comprendido entre el año 2004 al primer semestre del año 2007.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar los proyectos que hacen parte de la Inversión de Salud Pública y las principales estrategias o actividades que utiliza la Alcaldía del Municipio de Pasto, a través de la Dirección Municipal de Salud para lograr efectos positivos en la población.

Analizar el comportamiento de los indicadores en salud pública en el municipio de Pasto durante el periodo de estudio.

Realizar un análisis de la inversión en salud pública, ejecutada por la Alcaldía del Municipio de Pasto, a través de la Dirección Municipal de Salud.

Identificar estrategias que permitan mejorar la incidencia de la inversión en salud pública sobre los indicadores de calidad de vida de la población del municipio de Pasto.

1.4 COBERTURA DEL ESTUDIO

1.4.1 Temporal El estudio: Incidencia de la Inversión en Salud Pública, sobre los Indicadores de Calidad de Vida de los habitantes del Municipio de Pasto, utilizará el análisis estadístico entre el Periodo comprendido entre el año 2004 hasta el Primer Semestre de 2007. Este estudio se realizará durante los próximos seis meses.

1.4.2 Espacial El estudio tendrá lugar en la Alcaldía Municipal de Pasto, mas específicamente en la Dirección Municipal de Salud a través de la Subdirección de Planeación y Sistemas.

1.5 MARCO DE REFERENCIA

1.5.1 Marco Teórico La importancia que ha tomado el DESARROLLO a nivel mundial da luces para comenzar a ver nuevas posibilidades de análisis sobre el tema social, buscando alternativas que se enfoquen mas a la realidad y problemática social, así únicamente se tendrá mejores beneficios sobre la sociedad, es allí, como el desarrollo manifiesta aspectos trascendentales para exigir mas eficiencia en los programas sociales planteados desde el trabajo comunitario.

El documento "*Nuestro futuro común*" mas conocido como "Informe Brundtland" fue publicado en 1987 por la "Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo", dicho documento argumenta la necesidad de encaminarse hacia un "*desarrollo sostenible*", desde aquel tiempo esa expresión ha sido acogida y compartida en los ambientes relacionados con la cooperación internacional. El desarrollo sostenible es el desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Implica dos conceptos fundamentales: El concepto de "necesidades", especialmente las necesidades de los pobres del mundo y a quienes se les debería dar prioridad preponderante; y la idea de "limitaciones" impuestas por el estado de la tecnología y la organización social sobre la habilidad del medio para satisfacer la necesidades presentes y futuras.²⁴

Por lo tanto es una concepción completa del desarrollo, que intenta afrontar un doble desafío: por un lado la situación de pobreza en que vive gran parte de la población y por otro los retos planteados por los problemas medioambientales.

*"Dicho proceso debía de ser capaz de generar un desarrollo no sólo sostenible en términos ecológicos, sino también sociales y económicos. Esto es que además de asegurar su armonía con el medio ambiente, eran inherentes a un desarrollo con este calificativo, transformaciones institucionales que permitiesen el cambio social gradual y un crecimiento económico autosostenido"*²⁵

Sin embargo las Naciones Unidas han visto y expresado la necesidad de avanzar mucho mas con respecto al Desarrollo Sostenible, por lo cual han planteado la teoría del *desarrollo sustentable* con una serie de objetivos, entre los mas importantes están:

1. *Satisfacer las necesidades humanas básicas.* Este objetivo se refiere al tema alimentario con el fin de evitar situaciones nefastas de hambre y desnutrición.

24. SERAFY Salah; GOODLAND Robert; DALY Herman y VON DROSTE Bernd. Desarrollo económico sostenible, avances sobre el Informe Brundtland (1994) P. 107

25. Naciones Unidas. Informe Brundtland. Nuestro Futuro Común. One Earth to One World. Nueva York, Oxford University 1987

De esta manera se podrá garantizar la "durabilidad de la especie humana", que de no ser así se estará poniendo como un límite no deseado al desarrollo.

2. *Lograr un crecimiento económico constante.* Se refiere a la necesidad que la economía brinde una cantidad de bienes y servicios para atender a una creciente población, donde se considera que lo deseable siempre es que el crecimiento económico sea igual o superior al demográfico, con lo cual se puede mejorar su capacidad productiva, pero si bien este crecimiento es necesario, no es definitivo para avanzar hacia el desarrollo.

3. *Mejorar la calidad del crecimiento económico.* La palabra calidad hace referencia a un acceso equitativo a los recursos naturales y al beneficio del crecimiento, en términos de mejor distribución de la renta, beneficios sociales, protección del ambiente o su incremento.

4. *Atender a los aspectos demográficos.* En especial reducir las altas tasas de crecimiento poblacional hacia uno mesurado que permita aumentar la disponibilidad de recursos, aprovechamiento para todos y evitar la concentración poblacional.

5. *Aprovechar, conservar y restaurar los recursos naturales.* Se debe evitar la degradación de los recursos, proteger la capacidad límite de la naturaleza, favorecer la restauración y evitar los efectos adversos sobre la calidad del aire, agua y tierra.

Pero no fue muy explícita una condición necesario. Esta es la transición desde el crecimiento de consumo y el crecimiento en la escala de la economía hacia un desarrollo cualitativo, manteniendo en la escala de la economía a la par de las capacidades de regeneración y asimilación de los sistemas que soportan la vida a nivel global”.²⁶

Con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), pasa a ser más relevante el *desarrollo humano*, entendido como el proceso mediante el cual, a todo ser humano se le amplían las oportunidades, estas pueden ser infinitas y con el tiempo pueden cambiar, pero se identifican tres oportunidades esenciales: disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente.²⁷

En esta concepción “el ser humano es considerado como motor a la vez que objeto del desarrollo, involucrándolo en la posibilidad y necesidad de participar activamente como sujeto de transformación, en los procesos de ampliación de sus propias oportunidades en distintas esferas: ingreso, conocimientos, vida

26. SERAFY; GOODLAND; DALY y VON DROSTE. Op. Cit. P 42

27. PNUD. Informe de Desarrollo Humano, Nueva York, 1990 p. 34

prolongada, libertad, seguridad personal, participación comunitaria y derechos fundamentales.”²⁸

Es así como el mejoramiento humano tanto para naciones desarrolladas como subdesarrolladas se reconoce como esencial e identifican unos principios fundamentales como la libertad económica, social, política, el ejercicio de la creatividad, el culto religioso, la seguridad humana, respeto a las minorías, entre otros; considerando la equidad, sostenibilidad, productividad, cooperación y seguridad como ejes básicos.

“Al explicar esencialmente los ejes del desarrollo humano, sobre la equidad se puede esbozar que esta se encuentra en consonancia con la relación oportunidad y desarrollo, debido a que para que el desarrollo aumente las oportunidades de las personas, estas deben disfrutar de un acceso equitativo a esas oportunidades.”²⁹ El componente de la equidad comparte la idea de que la magia del mercado no basta para mantener el orden, y destaca que esto tiene que ser objeto de la voluntad política y de decisiones específicas y definidas.

Por lo tanto, en esta concepción del desarrollo humano el ciudadano participa en los diferentes procesos económicos, sociales, políticos, considerando como principio básico la democracia; para que el ser humano esté involucrado en los medios del desarrollo y no se convierta en un simple receptor de beneficios.

*"La dimensión humana del desarrollo no es un agregado más al diálogo sobre el desarrollo. Es una perspectiva completamente nueva, una manera revolucionaria de redefinir nuestro acercamiento convencional al desarrollo. Con esta transición en el pensamiento la civilización humana y la democracia deberán alcanzar todavía otro peldaño. Más que residuos del desarrollo, los seres humanos finalmente podrán convertirse en su principal objeto y sujeto, no una olvidada abstracción económica sino una viviente realidad operativa, no víctimas indefensas o esclavas de los mismos procesos de desarrollo cuyo control no ha estado en sus manos, sino en las de sus amos que ellas no han controlado, sino sus amos. Tras muchas décadas de desarrollo, establecer la supremacía de la gente en el desarrollo económico es un apasionante desafío, implica ir hacia un nuevo paradigma del desarrollo humano".*³⁰

Para alcanzar el Desarrollo Humano hace falta mayor compromiso social, salir de la superficialidad de solo modificar algunas políticas gubernamentales a partir de premisas trascendentales: como el mejorar las condiciones de trabajo

28. GONZÁLEZ ARENCIBIA, M. (2006) Una gráfica de la Teoría del Desarrollo. Del crecimiento al desarrollo humano sostenible, Edición electrónica. www.eumed.net/libros. Desarrollo humano sostenible: una fusión conceptual

29. *Ibíd.* Parte v

30. MAHBUB UL HAQ, (1990) Informes sobre el Desarrollo Humano. Reflexiones sobre el Desarrollo Humano. Universidad de Oxford. New York . Pág. 20

y de vida de la mayoría de la población; diversificación y expansión del mercado interno; insertar el país de forma inteligente en la internacionalizada sociedad del conocimiento; la consolidación de la democracia participativa, para lograr esto se debe garantizar la seguridad alimentaria de las próximas generaciones, mejorar las oportunidades en salud y educación para los más pobres y vulnerables, incorporar nuevas formas de propiedad y empresarial aglutinada no tanto alrededor del capital como del trabajo, mejorar las condiciones de ocupación de la mayoría de los trabajadores para disminuir el desempleo e incrementar la protección social y económica y redistribuir el valor agregado en el proceso de producción.

La discusión sobre el desarrollo supone hablar más de valores que sobre precios, mas sobre la esencia que el fenómeno, mas sobre el contenido que sobre la forma en el caso colombiano, además hay que hacer preguntas sobre el respeto por la vida humana y la dignidad de las personas; sobre la importancia que se concede y la atención que ofrece a la infancia, la juventud, y la vejez, sobre la valorización del capital humano y productividad, sobre uso de conocimiento y competitividad, sobre ética social y moral. Se necesita un modelo nuevo de desarrollo, el que debe entenderse mas que como una formulación econométrica, como el establecimiento de unos propósitos estratégicos que en el marco de una concepción determinada del crecimiento económico y el desarrollo o progreso humano.³¹

“Amartya K. Sen expresa el proceso de *desarrollo como una ampliación de la libertad humana*, por lo que considera que “el éxito de una economía y de una sociedad no puede separarse de las vidas que pueden llevar los miembros de la sociedad. Puesto que no solamente valoramos el vivir bien y en forma satisfactoria, sino que también apreciamos el tener control sobre nuestras propias vidas, la calidad de la vida tiene que ser juzgada no solamente por la forma en que terminamos viviendo, sino también por las alternativas substanciales que tenemos”³², ya que la evaluación de la libertad puede ser susceptible tanto a lo que hace una persona como a las alternativas que tiene, la libertad proporciona una perspectiva más amplia al juzgar la ventaja humana, y por medio de ella, evaluar el éxito social. Este es el razonamiento básico que proporciona la base para considerar “el desarrollo como libertad”.

Sen considera que el crecimiento de las industrias, de la tecnología, y con ello del PIB puede, por supuesto, ser muy esencial como mecanismo para ampliar las libertades de los miembros de la sociedad, pero atribuye mayor importancia a las instituciones sociales y económicas que prestan servicios de educación y salud conjuntamente con los derechos políticos y civiles como la libertad de participar en la discusión y el escrutinio públicos. Por lo tanto Sen lo que busca, es que el

31. MARTINEZ BETANCOURT, Jesús. Pacífico en Llamas. Editorial Universitaria- Universidad de Nariño (2006).

32. Enciclopedia Multimedia y Biblioteca Virtual de Economía EMVI Versión CD. Economistas. Amartya K. Sen

desarrollo sea comprendido en términos de la ampliación de las libertades substanciales, lo cual conlleva a centrar la atención en los fines, es decir, mejorar la calidad de vida del ser humano, esto hace que el desarrollo sea fundamental, en vez de simplemente prestar atención a algunos de los medios que, entre otros, cumplen un papel importante en el proceso.

José Antonio Ocampo, en su ensayo la *agenda del desarrollo* publicado en el año 2001, considera que el progreso social es la clave fundamental, resultado de tres factores esenciales: una política social de largo plazo, destinada a incrementar la equidad y garantizar la inclusión; un crecimiento económico que genere un volumen adecuado de empleos de calidad, y una reducción de la heterogeneidad estructural de los sectores productivos que reduzca las brechas productivas entre distintas actividades económicas y distintos agentes. Con respecto al primer factor, alcanzar la equidad requiere que la política social de apoyo sea focalizada hacia los más pobres y además influya en los determinantes estructurales de la distribución del ingreso, como la salud, educación, empleo; lo cual permitirá romper los encadenamientos intergeneracionales de la desigualdad y la pobreza, esto es la clave de una estrategia social exitosa.

Entre desarrollo económico y social es evidente la relación existente, por lo cual es necesario crear marcos integrados de política, los cuales deben considerar los programas integrados de erradicación de la pobreza y políticas económicas orientadas a relacionar la macro y mesoeconomía para propiciar el desarrollo de pequeños sectores dinámicos. Las instituciones debería lograr activa participación de distintos actores sociales, con una capacidad efectiva de intervención de los sectores pobres; sistemas eficaces de coordinación entre las autoridades económicas y sociales, en los que las prioridades sociales se incorporen efectivamente a la política económica; y normas que den “visibilidad” a los efectos sociales de las políticas económicas.

“Por que la realidad pone de manifiesto la importancia de fomentar esos lazos, con el fin de “crear sociedad”, una conciencia más amplia de las responsabilidades sociales de los individuos y los grupos. La iniciativa correspondiente puede provenir del Estado o de la sociedad civil. En este sentido, el ámbito de “lo público” debe concebirse como el punto de encuentro de los intereses colectivos más que como un sinónimo de las actividades del Estado. En otras palabras, todos los sectores de la sociedad tienen que participar más activamente en las instituciones políticas democráticas, desarrollando una amplia gama de mecanismos, dentro de la sociedad civil, para fortalecer las relaciones de solidaridad y responsabilidad social y, sobre todo, consolidar una cultura de desarrollo colectivo basada en la tolerancia frente a la diferencia y en la disposición al compromiso” 33

33. OCAMPO, Antonio José. Agenda para el Desarrollo. Publicado en el año 2001 Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL

El Plan de Desarrollo del Municipio de Pasto, acoge la concepción de Desarrollo Humano Sostenible, como una filosofía rectora del programa de gobierno, y lo define como una "visión humanista del desarrollo, porque coloca en el centro al ser humano en estrecha interdependencia con la naturaleza, un ser con múltiples necesidades biológicas, afectivas, sociales, culturales y materiales. La visión del Hombre desde su complejidad hace que la concepción de Desarrollo Humano Sostenible supere las teorías del Desarrollo fundamentadas en el mercadocentrismo económico y homogeneidad cultural".³⁴

De esta forma el desarrollo no es asumido únicamente como crecimiento económico, si bien esta condición es importante, ya se ha entendido que no es determinante en el bienestar, concepción mas profunda que implica necesariamente buscar mecanismo para lograr equidad y redistribución de ese crecimiento y además porque el hombre no solo requiere satisfacer necesidades materiales para se feliz, sino además sentirse parte esencial de los sistemas democráticos, asuntos públicos.

Pero la Equidad, en la concepción de Desarrollo Humano Sostenible, no tiene que ver únicamente con la distribución de beneficios y oportunidades para todos; tiene que ver con la prioridad generacional en el tratamiento y valoración que una sociedad brinde a sus niños, jóvenes y viejos, y al significado de la mujer como constructora no solo de familia, sino de la propia sociedad.³⁵

34. ALCALDIA DE PASTO. Plan de Desarrollo 2004 – 2007. Pasto Mejor. San Juan de Pasto, febrero 27de 2004.

35. Ibíd. P 6

1.5.2 Marco contextual³⁶ El municipio de Pasto fue fundado el 13 de enero de 1537 por Sebastián de Belalcázar, se encuentra ubicado al sur de Colombia. Pasto tiene una extensión de 1.128, 4 KMs cuadrados, el área urbana es de 26.4 Km. La población estimada para el 2005 es de 424.283 habitantes aproximadamente, de los cuales el 89.72% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad de San Juan de Pasto y el 10.28% en los 13 corregimientos que conforman el sector rural del municipio. Predomina el clima frío, con un promedio de 14 grados centígrados, altitud sobre el nivel del mar: 2.400

Existe variedad de recursos naturales y ecosistemas estratégicos, sobresaliendo el Santuario de Flora y Fauna La Corota, laguna de La Cocha, el parque natural Galeras, los páramos atonales mas bajos del mundo y una gran belleza paisajística, resultado de una posición estratégica insuperable.

Se destaca la calidad del ser humano, de reconocida laboriosidad, responsable, inteligente, honesto y con habilidades en el campo de la artesanía y el desarrollo de expresiones artísticas. Es muestra de ello y de la construcción colectiva: los carnavales de blancos y negros, patrimonio cultural de la Nación; bienes inmuebles con importante valor arquitectónico y patrimonial; los pueblitos pastusos que nos circundan; pintores, poetas, historiadores, científicos, etc.

Tabla 1 POBLACIÓN MUNICIPIO DE PASTO - PROYECCIÓN 1996 – 2005

SECTOR	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Urbano	308.158	316.172	324.234	332.396	340.474	348.650	356.867	365.121	373.405	381.712
Rural	44.325	44.970	45.595	40.185	40.626	41.055	41.466	41.855	42.224	42.571
TOTAL	352.483	361.142	369.829	372.581	381.100	389.705	398.333	406.976	415.629	424.283

Fuente DANE

36. Alcaldía de Pasto. Documento De Trabajo: "construcción participativa del plan de desarrollo municipal. 2004 – 2007: bases para la concertación ciudadana". San Juan de Pasto, febrero de 2004. Diagnóstico

1.5.3 Marco conceptual

Desarrollo: este concepto enmarca los diferentes indicadores que promueven y coadyuvan en el mejoramiento de la calidad de vida; como el acceso a la salud, educación, vivienda, alimentación, entre otros.

Calidad de vida: es la capacidad que tiene la población de acceder a servicios públicos como agua potable, energía eléctrica, educación, vivienda, salud de una forma adecuada. Actualmente toda acción política se orienta a lograr dignidad en la vida humana.

Sistema de seguridad social en salud: el propósito de este sistema lograr que toda la población colombiana debe estar afiliada a un sistema de salud para que pueda acceder a un Plan Obligatorio Salud, cuando la circunstancias de la persona lo requieran, para lograr este objetivo se crearon dos regimenes el Contributivo y el Subsidiado.

Plan obligatorio de salud: conjunto de prestaciones definidas a partir de actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos y servicios hospitalarios, a los que tienen derecho ya sea las personas que pertenecen al régimen contributivo como al régimen subsidiado

Régimen Contributivo: régimen de salud al cual pertenecen todas las personas que tienen capacidad de pago, dentro de ellas se encuentran las personas con relación laboral formal, los pensionados y todos los independientes con ingresos superiores a 1 Salario Mínimo Legal Vigente

Régimen subsidiado: régimen creado con el propósito de financiar la atención en salud a la población mas pobre y vulnerable, la cual no tiene capacidad de pago por lo que la vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

Promoción de la salud: Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria , así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Salud pública: Es el esfuerzo organizado a través de instituciones de carácter público, en este caso la Alcaldía de Pasto a través de la Dirección Municipal de

Salud para prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene, de tal modo que aseguren a cada ciudadano un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Perfil epidemiológico: es el estudio de la incidencia y distribución de las enfermedades que se están propagando en la población y/o grupos etarios de la población, así mismo se determina los factores de riesgo que condicionan su expansión y gravedad, tomando como referencia un periodo de tiempo.

Proyecto: se entiende como toda acción social, económica y política grupal, destinada a producir cambios en una determinada realidad que involucra y afecta a un grupo social determinado. Los cambios deseados se entienden como un avance positivo en la realidad a intervenir, específicamente se espera una mejoría en las condiciones y la calidad de vida de los sujetos involucrados en dicha realidad

Plan: es organizar los factores productivos que serán necesarios para el logro de las metas parciales y globales trazadas, con el fin de tomar el rumbo deseado a través de la programación de actividades a realizar, teniendo en cuenta el *escenario* donde se actuará.

Presupuesto: Estimación formal de los ingresos y egresos que habrán de producirse durante un período dado, frecuentemente un año, tanto para un negocio particular como para el gobierno. El presupuesto se diferencia de los balances en que no refleja las transacciones realmente realizadas sino las que se supone ocurrirán a futuro. En tal medida el presupuesto es un indicador de la política a seguir en cuanto a la obtención de ingresos y la realización de gastos.

Evaluación: es un proceso de análisis crítico de todas las actividades y resultados de un proyecto, con el objeto de determinar la pertinencia de los métodos utilizados y la validez de los objetivos, la eficiencia en el uso de los recursos y el impacto en relación con los beneficiados.

Indicador: es un criterio de medición que permiten valorar, analizar y evaluar el comportamiento de variables, es decir, las características, componentes y elementos que constituyen los objetivos de planes estratégicos y operativos. Sin indicadores no es posible comprobar si el proyecto está bien encaminado hacia los objetivos propuestos.

Desnutrición aguda: Baja estatura para el peso.

Desnutrición global: Bajo peso para el edad.

Desnutrición crónica: Baja estatura para la edad

Impacto: El impacto de un proyecto o programa social es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de productos (bienes o servicios) a la misma. Se mide comparando la situación inicial (LB), con una situación posterior (Línea de comparación = LC), eliminando la incidencia de factores externos.

Árbol de problemas: Es una técnica participativa que ayuda a desarrollar ideas creativas para identificar el problema y organizar la información recolectada, generando un modelo de relaciones causales que lo explican. Esta técnica facilita la identificación y organización de las causas y consecuencias de un problema. Por tanto es complementaria, y no sustituye, a la información de base. El tronco del árbol es el *problema central*, las raíces son las *causas* y la copa los *Efectos (problemas específicos)*.

Árbol de objetivos: es la versión positiva del Árbol de Problemas, es necesario revisar cada problema (negativo) y convertirlo en un objetivo (positivo) realista y deseable. Así, las causas se convierten en medios y los efectos en fines. Por lo tanto, se debe traducir el Problema Central del Árbol de Problemas en el *Objetivo Central* del proyecto. (Estado positivo al que se desea acceder). Igualmente se debe cambiar todas las condiciones negativas (causas y problemas específicos = efectos) del Árbol de Problemas en estados positivos (*medios y objetivos específicos = fines*).

Objetivos de producto: Son los medios con que busca producir el impacto deseado. Cada una de ellas puede entregar uno o más productos diferentes, orientados a lograr los mismos objetivos.

Unidad primaria generadora de datos (UPGD): toda persona natural o jurídica relacionada con la prestación de servicios de salud dentro del sector salud, es decir IPS, asociaciones de profesionales, profesionales independientes, laboratorios, bancos de sangre, bancos de órganos y componentes anatómicos y otros productores de insumos para la salud; además de la comunidad, los comités comunitarios y otras organizaciones e instituciones públicas y privadas fuera del sector salud, relacionados con ambiente, servicios públicos y justicia entre otros, que producen datos básicos sobre la aparición de un evento en salud objeto de vigilancia.

1.5.4 Marco Legal

- La Constitución Política, en sus artículos 48 y 49 dispone que la Seguridad Social, es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la Dirección, coordinación, y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley, igualmente dispone que no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las Instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. Además de los artículos 356, 357, 360, 343, 344, correspondientes a la prioridad del gasto público y distribución de recursos.
- Ley 10 de 1990, se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, asignándole a los Municipios la dirección y prestación de servicios de salud del primer nivel de atención.
- Artículo 44 de la Ley 715 de 2001, corresponde a los Municipios, dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Ámbito de su Jurisdicción para lo cual cumplirá entre otras las siguientes funciones: Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del Municipio y administrar los Recursos del Fondo Local de salud.
- Por otro lado, la Salud, al configurarse como un derecho fundamental, entendido este por conexidad con el derecho a la vida, y por tener el carácter de servicio público, debe regirse por reglas preestablecidas, es así como la Ley 100 de 1993, establece como reglas rectoras o fundamentos del sistema general de seguridad social en salud las siguientes : equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación, y calidad.
- Ley 1122 de 2007. Nueva Reforma a la Ley 100 DE 1993
- En el municipio de Pasto se establecieron a través del decreto 520 de noviembre del 95 la nueva estructura orgánica de la DIRECCIÓN LOCAL DE SEGURIDAD SOCIAL asignándole las siguientes funciones más importantes:
 - ❖ Hacer que se formulen y se adopten las políticas, estrategias, programas y proyectos para el sistema de seguridad social en salud del nivel nacional como local.
 - ❖ Administrar el fondo local de salud con fines a ordenar el gasto público en salud por delegación del alcalde y programar la distribución de los recursos recaudados teniendo en cuenta la calidad, cantidad y costo de los servicios.
 - ❖ Establecer políticas de costo-beneficio encaminadas a buscar el equilibrio social y financiero de la entidad.
 - ❖ Estimular la participación social conforme a los mecanismos establecidos en la norma.

- ❖ Diseñar y preparar un PAB concertado con la comunidad del municipio de pasto con base en el diagnostico epidemiológico.
- ❖ Ejercer las acciones de inspección, vigilancia y control encaminadas a garantizar el acceso, prestación y aseguramiento de la población del municipio enmarcadas en los principios de oportunidad, equidad, eficiencia, solidaridad y universalidad

Entre otras normas relacionadas con el tema de estudio, se encuentra:

- Ley 134 de 1994 Ley del Municipio
- Ley 87 de 1993. Control Interno
- Artículo 65 de la Ley 141 de 1994 Evaluación y gestión de resultados.
- Norma ISO Control de Calidad
- Acuerdos por medio de los cuales se aprobaron los presupuestos del municipio de Pasto de los años 2004, 2005, 2006, y 2007 y el respectivo decreto de liquidación del presupuesto
- Ley 9ª de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias
- Ley 812 de 2003 Plan de Desarrollo. Presupuesto: asignaciones y recursos
- Decreto 1544 de 1998 por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 09 de 1979 y se dictan otras disposiciones
- Decreto 2742 de 1991, decreto 555 /91, 1843 / 91,724 / 94; 1545 / 98 que reglamenta la Ley 9ª sobre saneamiento y calidad de vida.

1.6 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

1.6.1 Tipo de estudio El presente estudio es descriptivo por cuanto se orientará a identificar los proyectos de salud pública, también especificará los mecanismo, medios o estrategias utilizados por el equipo de trabajo responsable de ejecutarlos para alcanzar los objetivos propuestos.

Además tiene carácter explicativo porque la finalidad del estudio es conocer como se ha modificado la calidad de vida de los habitantes del municipio de Pasto a causa del desarrollo de los programas de la Dirección Municipal de salud.

También la investigación tiene criterio cuantitativo porque estudia variables importantes que influyen en la calidad de vida de la población las, cuales son susceptibles de medición como mortalidad, morbilidad, natalidad, fecundidad; y otras variables como recursos estimados, recursos ejecutados que hacen parte de la inversión en salud pública.

1.6.2 Diseño de la Investigación

1.6.2.1 Fuentes de información

- **Primaria:** se hizo necesaria un sondeo de opinión sobre los servicios de salud y la percepción de la población receptora del servicio, el cual se presenta como un elemento de apoyo y explicación a la información sistematizada sobre la inversión en salud del ente territorial.
- **Secundaria:** para el desarrollo del presente estudio se utilizó las estadísticas anuales que están enmarcadas dentro de la salud pública, las cuales son consolidadas por la subdirección de Planeación Dirección Municipal de Salud y sistemas por medio de archivos planos que entregan mensualmente todas las Instituciones Prestadora de Servicio. Además se recurrirá a libros y revistas.
- **Terciaria:** para profundizar y mejorar el estudio se recurrió a la información digital que se encuentra en Internet.

1.6.2.2 Universo y muestra Para el análisis estadístico se tienen como referencia todos los habitantes del municipio de Pasto, población que se estima por medio de las proyecciones del DANE, por lo tanto no se puede hablar de muestra sino de universo.

2 INVESTIGACIÓN DE LOS PROYECTOS QUE HACEN PARTE DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA

A continuación se realiza, un recuento de la filosofía de los últimos planes de desarrollo, también se establece los proyectos que hacen parte de la inversión en salud pública, junto con las principales actividades y finalmente se identifican las debilidades en la formulación y/o metodología de los mismos.

2.1 DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE EN EL MUNICIPIO DE PASTO

En el municipio de Pasto desde el primer programa de gobierno de Eduardo Alvarado Santander, periodo 2001 – 2003, el Desarrollo Humano Sostenible ha sido la filosofía sobre la cual, se han fundamentado las distintas políticas sociales. Es así como los planes de desarrollo se han venido plasmando bajo ésta concepción, la cual considera a cada ser humano “como un ser único e irreplicable, que proviene de procesos milenarios de evolución biológica y de construcción cultural; quien para construirse así mismo se debe apoyar en el otro y en el grupo, reconociendo que es un ser que posee las capacidades para aprovechar y transformar, a partir de su comprensión, los entornos natural y social”³⁷.

Esta visión humanista del desarrollo es consciente que el ser humano tiene múltiples potencialidades y necesidades, (biológicas, afectivas, sociales, culturales y materiales) por lo tanto se deben propiciar espacios para desarrollarlas y satisfacerlas, con el objetivo de mejorar su bienestar físico, mental y moral; para lo cual es fundamental asumir al ser humano como centro y motor de todo proceso económico, social, político, cultural y ambiental.

En este contexto la construcción del Desarrollo Humano Sostenible, presupone la participación de las personas no solo bajo una perspectiva de actores económicos, productores o consumidores, sino como ciudadanos en sistemas democráticos que garanticen su derecho a intervenir en la discusión y toma de decisiones en los asuntos públicos, junto con el cumplimiento de sus obligaciones con la convivencia, el bien común, y acompañados de un valor fundamental: “la dignidad humana, que entraña libertad y responsabilidad, autonomía y solidaridad, y que debe entenderse como la posesión de derechos humanos, su efectividad y el gozar de garantías para su pleno ejercicio”³⁸.

Desde esta óptica, desarrollo no es solo crecimiento económico, el cual es condición necesaria pero de ninguna manera suficiente, por dos razones: una porque el bienestar o bien vivir de las personas, que debe ser el objetivo

37. ALCALDIA DE PASTO. Plan de Desarrollo 2001-2003. Pasto: Espacio de Vida, Cultura y respeto. Mayo 2001, Pág. 8

38. ALCALDIA DE PASTO. Plan de Desarrollo 2004 – 2007. Pasto Mejor. San Juan de Pasto, febrero 27 de 2004. 1.1.2 DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE, DERECHOS HUMANOS Y METAS DEL MILENIO Trascendental del desarrollo, implica necesariamente equidad y redistribución de ese crecimiento y la segunda, porque el ser humano para ser feliz no solo requiere satisfacer sus necesidades materiales, de ahí la importancia de la Equidad,

entendida como la distribución de beneficios y oportunidades para todas y todos, pero priorizando a los niños, jóvenes, viejos y mujeres que se encuentran en situación más vulnerable.

2.2 PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE PASTO

El Plan de Desarrollo 2004 - 2007, se estructura alrededor de siete ejes con sus correspondiente objetivos, políticas, estrategias, programas, metas e indicadores. Uno de los ejes es Empleo y Equidad Social. Su política pública se fundamenta en la consideración a la existencia de amplios sectores de la población en condiciones de exclusión y vulnerabilidad extrema en el municipio de Pasto; por lo tanto sugiere que no solo el gobierno, sino la sociedad en su conjunto, debe adelantar una serie de inversiones y acciones en áreas que tienen un mayor impacto social en la búsqueda de la equidad. Por lo cual se considera conveniente consolidar organizaciones sociales para la atención integral a la niñez, la juventud, la vejez, discapacitados, madres cabeza de familia, niños y jóvenes en situación de calle y población en situación de desplazamiento, entre otros. Especial atención debe tener la promoción, reconocimiento y defensa de los derechos específicos de la mujer.

El eje Empleo y Equidad Social se estructura por ocho programas: Pasto municipio creativo y productivo, Educación para la vida con equidad, Seguridad alimentaría y nutricional, Acción solidaria, Cultura de derechos, Futuro saludable, Vida saludable, Gente saludable; éstos tres últimos están a cargo de la Dirección Municipal de Salud, la cual tiene responsabilidad de establecer, organizar y buscar un consenso entre las políticas globales entre el sector salud dentro del Plan de Desarrollo Municipal y la comunidad para determinar las necesidades y así plantear alternativas de solución claras y viables para enfrentar los problemas según las necesidades y las prioridades , esto es lo que se constituye el Plan Local de Salud.

El objetivo central del Plan Local de Salud es solucionar problemas o necesidades sentida en la población de Pasto, igualmente busca condiciones necesarias para que dichas soluciones sean las óptima y que genere equidad y con ello garantizar una adecuada asignación de recursos y en concordancia con los lineamientos del Plan de Desarrollo Municipal, el Plan Local de Salud 2004 - 2007 se estructura en tres programas:

- **FUTURO SALUDABLE:** Este programa se orienta a facilitar el acceso a los servicios de salud a través de la focalización y el subsidio en salud para la población pobre y vulnerable y además ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado y convertir en totales los subsidios parciales de salud.

- GENTE SALUDABLE: Este programa apunta a mejorar la oferta pública de servicios de salud de bajo nivel de complejidad que permita tener impacto positivo en la salud de la gente de Pasto, ampliar y mejorar la red de prestación de servicios, consolidar el sistema de vigilancia y control de la calidad de los servicios de salud.
- VIDA SALUDABLE: Este programa desarrolla acciones de estricto cumplimiento y priorizadas a nivel local que permitan incrementar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo en salud, dando prioridad a los relacionados con salud materno-infantil, nutrición infantil, salud sexual y reproductiva y salud mental.

Este programa encierra un conjunto de proyectos que se diferencia por sus estrategias de intervención, pero orientados bajo un mismo fin, promover la *Salud Pública*. Las intervenciones de Salud Pública que permiten clasificar los proyectos y que están a cargo de la Dirección de Salud, son:

- PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD³⁹: Se basa en intervenciones de prevención primaria (vacunaciones), prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y/o rehabilitación de las secuelas dejadas por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas y/o sociales.
- PROTECCIÓN DE LA SALUD⁴⁰: Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire. Detectan factores de riesgo para la población y elaboran programas de salud para la sociedad. Dar alternativas de solución a enfermedades que implican a cualquier población.
- PROMOCIÓN DE LA SALUD⁴¹: Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria, así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud.

La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

39. OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Es.Wikipedia.org.SaludPública. Actividades de la Salud Pública.

40. *Ibíd.*

41. *Ibíd.*

2.3 PROYECTOS QUE HACEN PARTE DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA, JUNTO CON LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ALCALDÍA DE PASTO, A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD

La Alcaldía de Pasto, a través de la Dirección Municipal de Salud realiza Inversión en Salud Pública, la cual se concreta en los proyectos; de ahí la importancia de comenzar bien en la identificación de problemas, construcción de objetivos, indicadores, metas, estrategias; para terminar bien, solucionando problemas que afectan a una comunidad. Además es importante resaltar que los proyectos de carácter social, deben cumplir las siguientes condiciones fundamentales⁴²:

- Definir el, o los problemas sociales, que se persigue resolver (especificar cuantitativamente el problema antes de iniciar el proyecto).
- Tener objetivos de claramente definidos (proyectos con objetivos imprecisos no pueden ser evaluados).
- Establecer Indicadores coherentes es decir que permitan evaluar el grado de logro del objetivo
- Identificar a la población objetivo a la que está destinada el proyecto (la que teniendo las necesidades no puede satisfacerlas autónomamente vía el mercado).

Por lo mencionado se examinó esos aspectos claves, en cada proyecto de salud pública a cargo de Dirección Municipal de Salud, para conocer su actual situación.

42. CEPAL, División de Desarrollo Social. ERNESTO COHEN, RODRIGO MARTÍNEZ. Manual. Formulación, Evaluación y Monitoreo de proyectos sociales. Pág. 2. CONCEPTOS BASICOS

Cuadro 1 IMPLEMENTACIÓN AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA

DE ATENCIÓN AL JOVEN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE PASTO

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADOR	
En el municipio de Pasto en los últimos años se ha observado en la población joven de 10 a 29 años un inadecuado manejo en el ejercicio de su sexualidad, debido a la poca acertividad y falta de empoderamiento frente a los derechos de salud sexual y reproductiva, lo que causa gestaciones no planeadas y a temprana edad, riesgo de contagio de ITS, morbimortalidad materna y perinatal, deserción escolar, ausencia de proyectos de vida influyendo éstos factores de forma negativa en su calidad de vida.	G E N E R A L	Desarrollar un proceso de Información, Educación e Información encaminado a promover y fortalecer factores protectores frente al ejercicio sano de la sexualidad en población joven.	DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES
	E S P E C I F I C O S	Desarrollar actividades educativas en caminadas a confrontar los imaginarios culturales de salud sexual y reproductiva de los actores sociales claves del municipio de pasto	AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES EPS PUBLICAS Y PRIVADAS QUE CUENTAN CON UN SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD OPERANDO(DIFERENTES NIVELES DE DESARROLLO)
DESCRIPCION DEL PROYECTO	Fortalecer los procesos de formación de IEC a través de la participación de actores sociales claves	PROGRAMAS DE CAPACITACION PARA LA PREVENCION DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PROMOCION ... CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL	
PRINCIPALES ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Docentes en temáticas de SSR de jóvenes de las instituciones educativas priorizadas de las comunas 3, 4 y 5. • Actividades de impulso con 300 jóvenes involucrados en procesos de SSR. • Diseño y replica de la Cartilla metodológica de SSR preadolescentes • Realización de una Rumba con participación de 500 jóvenes • Ejecución de talleres educativos con temáticas de SSR con población joven escolarizada – no escolarizada y vulnerable. • Ejecución de Talleres educativos con temáticas de SSR con padres y madres de familia de las instituciones educativas priorizadas de las comunas 3, 4 y 5. • Capacitación a Docentes en temáticas de SSR de jóvenes de las instituciones educativas priorizadas de las comunas 3, 4 y 5. • Actividades de impulso con grupos de jóvenes involucrados en procesos de SSR. • Difusión de material educativo para promover los derechos sexuales y reproductivos y la asistencia a los Servicios de SSR que prestan las IPS públicas y privadas. 			

FUENTE: La presente investigación

Cuadro 2 IMPLEMENTACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ITS, VIH/SIDA EN

EL MUNICIPIO DE PASTO

PROBLEMA		OBJETIVOS	INDICADOR ⁴²
El incremento en la prevalencia de ITS, VIH/SIDA y su alta transmisibilidad generan grandes costos familiares, sociales y económicos, con lo cual disminuye la calidad de vida de las personas afectadas.	G E N E R A L	Desarrollar un plan de promoción en ITS-VIH/SIDA para fortalecer factores protectores y reducir la incidencia de casos nuevos en la población de 15 a 49 años de la población focalizada en el municipio de Pasto.	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA
		Coordinar con grupos de apoyo o líderes comunitarios o instituciones para desarrollar actividades en promoción y prevención.	INVESTIGACIONES DESARROLLADAS TASA MORTALIDAD MATERNA COBERTURA DE VIGILANCIA
DESCRIPCION DEL PROYECTO	I N F O R M A C I O N	Coordinar con sectores o instituciones para adelantar actividades de capacitación.	CASOS DE SIDA TRATADOS
Promover el ejercicio sano de la SSR a través de la información y educación a jóvenes y comunidad en general. Por medio de los procesos de Información y Educación, es posible despertar el interés de la población adolescente de nuestro municipio.		INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA VIGILANCIA Y CONTROL	

FUENTE: La presente investigación

NOTA: Información obtenida a través del formato titulado: METODOLOGÍA GENERAL PARA LA IDENTIFICACIÓN, PREPARACIÓN Y EVALUACION DE PROYECTOS, elaborado por DNP, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas

42. Ver Anexos, Cuadro N. 1 Descripción de los Indicadores de los Proyectos de Salud Pública, de la Dirección Municipal de Salud, Alcaldía de Pasto.

Cuadro 3 MEJORAMIENTO DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER

DE CERVIX

FUENTE: La presente investigación

PROBLEMA		OBJETIVOS	INDICADOR
En el municipio de Pasto existe una población de mujeres entre 25 a 69 años de los estratos 1 y 2 en su mayoría con una presencia de altos índices de cáncer de cervix en edad fértil. Es de aceptar que la Organización Mundial de Salud (OMS) conceptúa que el cáncer se constituye en la segunda causa de muerte en los países subdesarrollados.	GE NE RA L	Disminuir las lesiones de alto grado de cuello uterino en las mujeres en edad fértil en el municipio de Pasto y en especial mejorar los procesos de atención y promoción de la salud.	ÍNDICE DE COBERTURA
	E S P E C I F I C O S	Fortalecer las acciones de IEC para lograr el empoderamiento de la mujer al programa de la DMS denominado: prevención de cáncer de cervix.	CAPACITACIONES REALIZADAS
			ÍNDICE DE COBERTURA
			VIGILANCIA Y CONTROL
			INVESTIGACIONES REALIZADAS
			PERSONAS CAPACITADAS EN EL PROGRAMA DE "TRANSPARENCIA Y CONVIVENCIA"
VIGILANCIA Y CONTROL			
PRINCIPALES ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un proceso pedagógico en SSR en juntas de padres de familia de 6 Instituciones Educativas del área rural del Municipio de Pasto • Publicar mensualmente en la Pagina WEB de la DMS las coberturas de Citologías del año 2007 • Visitas de Seguimiento a los multiplicadores Del Proceso en las 7 escuelas del área rural • Desarrollar talleres con usuarias nuevas de 11 asociaciones de mujeres en la temática del programa Prevención Cáncer de Cervix • Desarrollar talleres con los propietarios y empleados de salones de belleza del Municipio Pasto • Participar en talleres con población de Trabajadoras sexuales del Municipio de Pasto • Participar en talleres de comunicación para grupos extramurales de la ESE Pasto salud. • Realizar visitas de seguimiento a pacientes con CCU anormal • Vigilancia y control en las IPS publicas y privadas 			

NOTA: Información obtenida a través del formato titulado: METODOLOGÍA GENERAL PARA LA IDENTIFICACIÓN, PREPARACIÓN Y EVALUACION DE PROYECTOS, elaborado por DNP, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas

Cuadro 4 MEJORAMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

INFANTIL Y ESCOLARIZADA DEL MUNICIPIO DE PASTO

FUENTE: La presente investigación

NOTA: Información obtenida a través del formato titulado: METODOLOGÍA GENERAL PARA LA

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADOR
En el municipio de Pasto aún se continúa con los efectos graves en la población infantil y como resultado final la muerte por acción de las enfermedades prevalentes en esta población.	GERENAR ALA MORTALIDAD INFANTIL asociada a enfermedades prevalentes	MORTALIDAD INFANTIL
DESCRIPCION DEL PROYECTO Ofrecer continuidad a las estrategias y programas ya implementas en la Dirección Municipal de Salud: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), escuela saludable, instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI)	ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE LOS MENORES DE 5 años.	CAPACITACIONES REALIZADAS
		NIÑOS LLEVADOS A LOS CENTROS DE SALUD PARA ATENCION PREVENTIVA QUE PERTENECEN AL PROGRAMA "familias en acción"
	DISMINUIR LA ENFERMEDAD Y MUERTE POR CAUSAS EVITABLES EN LA POBLACION INFANTIL	VIGILANCIA Y CONTROL
		CAPACITACIONES REALIZADAS
		TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
CUMPLIMIENTO A CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION DEL SINAGEP		
PRINCIPALES ACTIVIDADES		
<p>PAI (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES)</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de Jornadas de Vacunación, Reuniones con Líderes y grupos organizados de la comunidad para el logro de coberturas útiles Validación de la estrategia de IEC para promocionar el programa regular de vacunación y las jornadas nacionales. Seguimiento coberturas de vacunación mensual y evaluación semestral. Capacitación de vacunadores Estrategia de Escuela de Vacunadores. Implementación y seguimiento a la cohorte de nacido vivo Coordinación con Vigilancia en salud Pública Vigilancia para el seguimiento y control de enfermedades inmunoprevenibles <p>ESTRATEGIA AIEPI - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacitación a madres comunitarias del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar familiar) en las practicas claves. Capacitación a auxiliares de enfermería en el componente comunitario. Capacitación en el componente clínico neonatal a auxiliares de enfermería Seguimiento de indicadores mínimos del estado higiénico sanitario y control de alimentos de los hogares infantiles y comunitarios de ICBF. 		

IDENTIFICACIÓN, PREPARACIÓN Y EVALUACION DE PROYECTOS, elaborado por DNP, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas

Cuadro 5 IMPLEMENTACIÓN FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES

PSICOSOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADOR
<p>En el municipio de Pasto se presentan aún una serie de problemáticas, entre ellas las siguientes: violencia autoinfligida, consumo de SPA por parte de niños y jóvenes, violencia intrafamiliar y maltrato infantil, relacionado al desconocimiento de factores protectores de la salud mental en los diferentes grupos etéreos de la población, así como también a la falta de una propuesta interinstitucional que favorezca procesos de promoción, prevención e intervención de las problemáticas.</p> <p>DESCRIPCION DEL PROYECTO</p> <p>Se desarrollará bajo la modalidad de proyectos independientes por cada uno de los problemas identificados los cuales se ejecutarán por cada una de las instancias y por sus competencias</p>	<p>G E N E R A L</p> <p>Capacitar sobre los factores protectores de la salud mental para la prevención de problemas como violencia autoinfligida, consumo de SPA, violencia intrafamiliar y maltrato infantil con población priorizada de la comuna 5, Catambuco y Niño Jesús de Praga</p>	<p>POBLACION FOCALIZADA EN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR</p>
	<p>E S P E C I F I C O S</p> <p>Articular a los actores involucrados en los procesos educativos y de socialización de los jóvenes en la implementación de una estrategia que contribuya al mejoramiento de la dimensión emocional y capacidad de afrontamiento.</p>	<p>CAPACITACIONES REALIZADAS</p>
		<p>ÍNDICE DE COBERTURA</p>
		<p>VIGILANCIA Y CONTROL</p>
<p>Consolidación de una estrategia unificada y articulada de manera interinstitucional e intersectorial que posea a la salud mental.</p>	<p>TALLERES SOBRE EL MALTRATO INFANTIL Y SESIONES DE TERAPIA</p> <p>ÍNDICE DE COBERTURA</p> <p>VIGILANCIA Y CONTROL</p>	
PRINCIPALES ACTIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de comités para estructurar y hacer Seguimiento a los planes de acción para los componentes de prevención de Suicidio y SPA. • Formación de redes operativas comunitarias, como mecanismo expansivo de la Red de Apoyo al Buen Trato. • Gestión interinstitucional para la implementación y evaluación de los planes de prevención para los componentes SPA y suicidio. • Estructuración y validación de una estrategia Psicoeducativa, para el fortalecimiento de habilidades psicosociales, que incidan en la prevención de la conducta suicida y el consumo de SPA. • Capacitación en metodologías de intervención y manejo para la prevención de la conducta suicida. • Estructuración e implementación del componente de atención en salud, dentro del plan integral a la conducta suicida y Realización de Seguimientos, intervención individual, familiar y/o comunitaria a casos reportados de conducta suicida • Desarrollo de procesos formativos a grupos focalizados, como parte del proyecto Gestores de Convivencia. 		

FUENTE: La presente investigación

Cuadro 6 IMPLEMENTACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD

ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL MUNICIPIO DE PASTO

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADOR
En el municipio de Pasto aun existe aproximadamente el 46% de la población de menores de cinco años en su condición de escolares, gestantes y lactantes ubicados en la zona urbana y rural, donde esta población presenta altos índices de morbilidad asociados a la desnutrición. Como prototipo de esta situación están los niños y niñas mal nutridos pertenecientes a los niveles 1 y 2 del sisben. También esta población se encuentra en los establecimientos educativos	GEENE	Disminuir los problemas de malnutrición fortaleciendo el plan local de seguridad alimentaria y nutricional en los componentes de consumo y aprovechamiento biológico
	ESP	Diseñar e implementar un plan educativo para el fomento de prácticas claves en nutrición orientando la adopción de patrones adecuados de alimentación en grupos conformados y organizados dentro de diferentes instituciones del municipio
		MADRES PRENATALES O POS NATALES CONTACTADAS
DESCRIPCION DEL PROYECTO	S	Fortalecer y sostener la estrategia IAMI y el componente de educación nutricional, permitiendo la articulación entre los programas del plan de salud pública y diferentes entidades que intervienen en la solución del problema, para implementar estrategias.
		Vigilar y controlar la atención médica y nutricional realizada en la ESE Pasto Salud.
		NIÑOS DE LA CALLE ATENDIDOS EN LAS MODALIDADES DE SERVICIO
		NIÑOS ATENDIDOS EN RESTAURANTES ESCOLARES
		VIGILANCIA Y CONTROL
		MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN CUIDADO EN EL PRIMER TRIMESTRE
		ÍNDICE DE COBERTURA
		VIGILANCIA Y CONTROL
PRINCIPALES ACTIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de metodologías lúdicas por parte del docente para la enseñanza de prácticas saludables en nutrición según la guía entregada y la cartilla “conozcamos el maravilloso mundo de los alimentos”. • Plan de estímulos para la institución educativa que demuestre mayores avances en la promoción de hábitos alimentarios saludables y en la modificación de espacios saludables. • Implementación de una estrategia de educación nutricional continua para padres de familia de los grados preescolar. • Estimular a las instituciones para conocer el estado nutricional inicial de los niños y permitir evaluar el impacto de la estrategia en educación nutricional • Desarrollar el proyecto de desparasitación y complementación nutricional para población indígena y vulnerable de 2 a 5 años, menores de cinco años y madres gestantes. • Desarrollo de acciones y planes de promoción de la alimentación saludable y difusión de las guías alimentarias 		

FUENTE: La presente investigación

Cuadro 7 CONTROL Y SEGUIMIENTO A LAS JUNTAS ADMINISTRADORAS

DE ACUEDUCTOS EN LA ZONA SUBURBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PASTO

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADOR	
En el sector rural y en ciertos barrios de la ciudad se han construido acueductos cuyo manejo en los procesos técnicos y ambientales así como el suministro de calidad de agua es inadecuado y deficiente por el deterioro de la capa vegetal en las fuentes de agua y por los obstáculos que presentan las personas que componen las juntas administradoras de estos acueductos.	G E N	Disminuir el riesgo de enfermar o morir por factores de riesgo del ambiente y del consumo	ÍNDICE DE COBERTURA
		E S P E C I F I C O S	Seguimiento a la comunidad e integrantes de las 21 juntas administradoras de acueductos
	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO		VIGILANCIA Y CONTROL
En el municipio de Pasto existen acueductos que carecen de sistemas de tratamiento y desinfección adecuada por lo tanto deben realizarse seguimiento y monitoreo		Control y vigilancia a los sistemas de abastecimiento de agua	ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD FÍSICO QUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS REALIZADOS
			ÍNDICE DE COBERTURA
			VIGILANCIA Y CONTROL
PRINCIPALES ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en el proceso de capacitación a 21 de las 87 juntas Administradoras de Acueductos del Municipio de Pasto. • Gestionar la financiación de productos de IEC para promover la potabilización y uso racional del agua y el no uso de la pólvora • Realizar visitas de control y vigilancia a la infraestructura de servicios públicos domiciliarios • Determinar la calidad del agua para consumo humano en el Municipio de Pasto. • Contratación de personal para el desarrollo de actividades • Adquisición de Reactivos para lectura de cloro residual y PH • Mejorar las condiciones higiénicas locativas y sanitarias de los establecimientos educativos mediante acciones de vigilancia y control en: <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimiento de agua • Disposición de desechos • Higiene Locativa 			

FUENTE: La presente investigación

NOTA: Información obtenida a través del formato titulado: METODOLOGÍA GENERAL PARA LA IDENTIFICACIÓN, PREPARACIÓN Y EVALUACION DE PROYECTOS, elaborado por DNP, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas

Cuadro 8 CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN ZONOSIS EN EL

MUNICIPIO DE PASTO

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADOR
Existe riesgo de adquirir enfermedades zoonóticas en el municipio de pasto a causa de vectores y otros factores asociados a estas, por lo que es necesario que se realice inspección vigilancia y control a todas las enfermedades que se pueden llegar a compartirse con los animales de manera especial con los perros y los gatos	G E N E E S P E C I F I C O S	Reducir el riesgo de enfermar o morir por factores asociados a enfermedades zoonóticas en el municipio de pasto.
DESCRIPCION DEL PROBLEMA		Realización de 1 jornada masiva de vacunación antirrábica para caninos y felinos del municipio de pasto.
Vacunación antirrábica a caninos y felinos del municipio de pasto, seguimiento a exposiciones rábicas, control de población mediante esterilizaciones, recolecciones y adopciones. Control de vectores, vigilancia y control de establecimientos de atención	inspección vigilancia y control de otros factores de riesgo asociados a enfermedades zoonóticas	INDICE DE COBERTURA DE VACUNACION ANTIRRABICA CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACION DE UNIDADES ÍNDICE DE COBERTURA VIGILANCIA Y CONTROL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACION DE UNIDADES INDICE DE COBERTURA DE VACUNACION ANTIRRABICA EFICIENCIA ADMINISTRATIVA
PRINCIPALES ACTIVIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades lúdico pedagógicas sobre la tenencia responsable de mascotas y la prevención de accidentes por mordedura y transmisión de enfermedades • Diseño, validación, actualización replica y difusión del paquete promocional de productos de IEC para promover los servicios del centro de zoonosis, normatividad, jornada de vacunación antirrábica y fortalecer la imagen corporativa del programa. • Desarrollar Jornada Masiva de Vacunación canina y felina. • Realizar esterilizaciones quirúrgicas a caninos y felinos del Municipio de Pasto. • Recolección de caninos callejeros • Vigilar y controlar animales agresores • Inspección Control y Vigilancia a Establecimientos agroquímicos, pecuarios y de Atención animal • Realización de Eutanasias de caninos y felinos que representen riesgo zoonótico • Controlar de vectores • Entregar caninos y felinos en adopción 		

FUENTE: La presente investigación

NOTA: Información obtenida a través del formato titulado: METODOLOGÍA GENERAL PARA LA IDENTIFICACIÓN, PREPARACIÓN Y EVALUACION DE PROYECTOS, elaborado por DNP, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas

Cuadro 9 MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL

MUNICIPIO DE PASTO

PROBLEMA	OBJETIVOS		INDICADOR	
Las enfermedades crónicas agrupadas son la primera causa de muerte a nivel local, nacional y en mundo. Producen muertes prematuras e incapacidades en años de vida productiva, disminuyen los años de vida saludable y generan costos en el tratamiento y rehabilitación en la familia, como también en las ARS e IPS, convirtiéndose en un problema importante de salud pública que se puede abordar desde la calidad de vida fortaleciendo factores y controlando factores de riesgo en la población del municipio de Pasto	G E N E R A L	Prevenir las enfermedades crónicas en el municipio de Pasto, mediante la adopción de un Plan Integrado y multisectorial de acción, que involucre los diferentes actores sociales y políticos del municipio	TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	
		E S P E C I F I C O S	Prevenir el consumo de cigarrillo a temprana edad en niños, jóvenes escolarizados.	ASESORIAS CONTRATADAS
				DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
DESCRIPCION DEL PROBLEMA		Desarrollar acciones basadas en comunidad para la promoción de estilos de vida saludables.	VIGILANCIA Y CONTROL	
Construcción de una política pública, desarrollo de acciones basadas en la comunidad en un área demostrativa, cuidado innovador de las condiciones crónicas a través de la reorientación de los servicios de salud, vigilancia, evaluación e investigación			CAPACITACIONES REALIZADAS	
			TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	
			CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	
PRINCIPALES ACTIVIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con actores sociales claves para la formulación y concertación de políticas públicas para la prevención de enfermedades crónicas • Desarrollo de la feria saludable en el ámbito escolar y comunitario con los planteles y grupos focales comunitarios seleccionados • Celebración del día mundial sin humo de cigarrillo con instituciones públicas y privadas. • Realización del I seminario de experiencias exitosas en actividad física, alimentación saludable y prevención del consumo de cigarrillo • Utilizar los diferentes espacios que tienen las instituciones para la promoción de prácticas claves en el cuidado de los niños y la formación de estilos de vida saludables. • Talleres lúdicos con la comunidad educativa. • Plan de estímulos para la institución educativa que demuestre mayores avances en la promoción de la salud a través de la entrega de material didáctico para reforzar las prácticas saludables. 				

FUENTE: La presente investigación

NOTA: Información obtenida a través del formato titulado: METODOLOGÍA GENERAL PARA LA IDENTIFICACIÓN, PREPARACIÓN Y EVALUACION DE PROYECTOS, elaborado por DNP, Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas

Cuadro 10 MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

PROBLEMA	OBJETIVOS		INDICADOR
Con el nuevo proceso de Vigilancia en Salud Pública establecido 2006 y sistematizado a través del software de SIVIGILA y la estandarización de fichas de los diferentes eventos de notificación obligatoria (68 eventos) a nivel nacional, las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) presentan dificultades en la adaptación a este proceso presentándose los siguientes inconvenientes: diligenciamiento incorrecto de fichas lo que implica imposibilidad de digitarla en el software: notificación inoportuna de los eventos especialmente las enfermedades inmunoprevenibles lo que conlleva a realizar las 1	G E N E R A L	Garantizar la eficiente operativización del proceso en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en el municipio de Pasto para el año 2007.	INDICE DE COBERTURA
		Garantizar la salud del municipio de Pasto mediante el control y seguimiento de los eventos objeto de vigilancia en Salud Pública.	FUNCIONARIOS CAPACITADOS POR MES
			INDICE DE COBERTURA
DESCRIPCION DEL PROYECTO Se fortalecerá las gestiones del SVSP en el municipio de Pasto en su zona urbana y rural implementando estrategias de participación comunitaria, capacitación y asistencia técnica a las UPGD.	E S P E C I F I C O S	Cumplir los indicadores del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en el municipio de Pasto.	VIGILANCIA CONTROL
			INVESTIGACIONES DESARROLLADAS
			INDICE DE COBERTURA
			VIGILANCIA CONTROL
PRINCIPALES ACTIVIDADES			
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (U.P.G.D). • Investigación, confirmación y configuración de los eventos⁴³ de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos. • Identificar factores de riesgo o favorables al estado de salud • Documentación de la distribución y propagación de un evento de salud • Recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública. • Trabajar por el mejoramiento continuo de la oportunidad y calidad de los procesos de información y la profundidad del análisis tanto de las problemáticas como de las alternativas de solución. 			

43. Según el MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2007, ARTICULO 12 decreto 3518 2006 se entiende por Eventos: Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del presente decreto, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes.

2.4 DEBILIDADES EN LA METODOLOGÍA Y/O EN LA FORMULACIÓN DE LOS PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD, ALCALDÍA DE PASTO

El origen de todo proyecto de carácter social, se debe a la dificultad o la necesidad que esta afectando a una sociedad, de ahí la importancia de identificar todas las situaciones negativas, que están conllevando a un problema, y el cual esta incidiendo desfavorablemente, en este caso, en el estado de salud y con ello en la calidad de vida.

2.4.1 Dificultad en la identificación de problemas Lo observado en los proyectos anteriormente mencionados es que algunos no identifican aquellas variables o problemas específicos, que influyen directamente en la generación del problema central. Ente algunos ejemplos, cabe mencionar:

El Proyecto Estado de salud de la población infantil y escolarizada del municipio de Pasto, no identifica cuales son aquellos eventos o enfermedades mas incidentes en los niños, causantes de la mortalidad infantil, el cual es el problema general. Lo mismo sucede con Mejoramiento de estilos de vida saludable, donde se determina como problema central: Las enfermedades crónicas agrupadas son la primera causa de muerte a nivel local, pero no identifican cuales son las aquellas enfermedades crónicas que mas afectan a la población adulta. Por lo tanto la identificación de los problemas se vuelve superficial, porque no sienta base firmes en el proceso, lo cual limita el campo de intervención.

Para conocer los problemas de cada proyecto se analizó el árbol de problemas, en el cual si bien se establecen las causas, generalmente en el espacio reservado para efectos se definen nuevamente causas o se repite el problema central con diferente redacción; lo mismo sucede con el árbol de objetivos, en el cual no se establecen fines, sino medios o se repite el objetivo general con otra redacción.

2.4.2 Dificultad en la identificación de objetivos La Dirección Municipal de Salud por ser una institución Pública, todos sus objetivos deberían a puntar hacia el mejoramiento del estado de salud de la población, sin embargo, estos se limitan al cumplimiento de actividades, y no ha planear los efectos positivos a alcanzar en la población afectada, a través de la ejecución del Proyecto.

2.4.3 Dificultad en la identificación de indicadores Con respecto a los indicadores, a consecuencia de lo anterior no reflejan el progreso alcanzado en la solución del problema social de salud pública, el cual dio origen al proyecto; además los indicadores generalmente no corresponde a los objetivos establecidos, también se repiten sin que se evidencie su utilidad y en la descripción de los indicadores⁴⁴ se evidencia que no se los adapta a las particularidades del proyecto y de los objetivos, porque simplemente se limita a registrarse por un formato prediseñado.

2.4.4 Dificultad en la identificación de la población objetivo⁴⁵

- No se determina la edad de la población objetivo y afectada
- Pareciera que la población objetivo se seleccionará arbitrariamente, porque no hay claridad en el criterio para definir la población objetivo
- Confusión al establecer la población objetivo y afectada
- No hay coherencia en los datos
- No se diferencia la población afecta y objetivo

A consecuencia de las debilidades mencionadas en el proceso de planeación, no es posible analizar los efectos logrados en cuanto al progreso en el estado de salud de los habitantes del municipio de Pasto, por lo tanto en el siguiente Capítulo, se construyen objetivos e indicadores, que posibiliten tal análisis.

Finalmente, con respecto a los sistemas de información, específicamente en boletines de información de Indicadores básicos presentados con previa autorización de los directivos responsables, se identificaron inconsistencias de cálculo, a lo cual se le debe prestar más cuidado, ya que los datos válidos, fiables, oportunos, pertinentes, son la base para formular, ejecutar, supervisar y evaluar políticas, programas y proyectos.

44. Ver Anexos Cuadro N. 1 Descripción de los Indicadores de los Proyectos de Salud Pública, de la Dirección Municipal de Salud, Alcaldía de Pasto

45. Ver Anexos, Cuadros N. 2-A, 2-B; 3-A, 3-B; 4-A, 4-B.

3 INDICADORES QUE REFLEJAN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PASTO

El presente capítulo, tiene como finalidad conocer el estado de salud de la población

3.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA

3.1.1 Prevención de la enfermedad

- Mejoramiento de la detección temprana de cáncer de cervix a través de la promoción del servicio de citologías y asistencia técnica a IPS en el municipio de Pasto
- Mejoramiento del estado de salud de la población infantil y escolarizada del municipio de Pasto.

3.1.2 Protección de la salud

- Control y seguimiento a las juntas administradoras de acueducto en la zona urbana y rural del municipio de Pasto
- Mejoramiento fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública en el municipio de Pasto
- Control de factores de riesgo en zoonosis en el municipio de Pasto

3.1.3 Promoción de la salud

- Implementación de la prevención de ITS, VIH/SIDA en el municipio de Pasto
- Implementación fortalecimiento de habilidades psicosociales para la prevención de la violencia intrafamiliar, violencia autoinfligida y consumo de SPA en el municipio de Pasto
- Mejoramiento de estilos de vida saludable en el municipio de Pasto
- Implementación al fortalecimiento del programa de atención al joven en salud sexual y reproductiva en el municipio de Pasto
- Implementación de la promoción de la seguridad alimentaría y nutricional en el municipio de Pasto

3.2 PROCEDIMIENTO PARA FORMULAR OBJETIVOS E INDICADORES DE IMPACTO

Para la construcción de objetivos e indicadores se orientó bajo una formulación de impacto, entendido este, como la magnitud cuantitativa de la modificación que el proyecto espera generar directamente en el problema que enfrenta una determinada población, como resultado de la entrega de productos ya sea bienes o servicios.

En primer lugar, partiendo del problema central de cada proyecto, se investigó cuales son aquellos eventos que mas afecta ya sea a la población infantil, a la población adulta o a los jóvenes, es decir, en concordancia con cada proyecto, se establecieron aquellas variables o problemas específicos que están haciendo que surja un problema general de salud pública. Ejemplo:

PROYECTO: Mejoramiento de estilos de vida saludable en el municipio de Pasto.
Problema central: Alta incidencia de Mortalidad por Enfermedades Crónicas, en el Municipio de Pasto.

A continuación, el problema central se desglosa en Problemas específicos, es decir, identificar aquellos eventos negativos que están generando el problema central, estos deben expresarse en forma cuantitativa, es decir, establecer línea base para medir el impacto⁴⁶; en esta parte, para determinar los problemas específicos y siguiendo con el ejemplo, cabe preguntarse:

¿Cuáles son aquellas enfermedades crónicas más incidentes, causantes de mortalidad? Después de investigar e indagar, la respuesta se convierte en los problemas específicos, (ver en el cuadro N.1, los problemas específicos para el ejemplo) por que se está identificando todas aquellas variables que influyen directamente en el problema central.

Después de identificar los verdaderos problemas sociales (central y específicos), es posible determinar los objetivos de impacto (general y específicos), lo cual consiste en transformar el problema, el cual es un estado negativo, a un estado positivo. (Ver cuadro N.º 2). Establecidos los objetivos se continúa con la construcción de Indicadores, estos deben ser considerados como el medio que permite medir el grado de logro de los objetivos. Después de los indicadores, se estima las metas (ver cuadro N.º 1) las cuales se definen como apreciaciones cuantitativas. Las metas deben derivarse de la magnitud de las necesidades insatisfechas detectadas en el Diagnóstico (Línea Base), además deben ser claras, precisas y realistas, las cuales se deben cumplir dentro del horizonte del proyecto.

46. El Impacto se obtiene comparando la situación inicial (Línea Base), con una situación posterior, (Línea de comparación)

Cuadro 11 FORMULACIÓN DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS DE IMPACTO

PROBLEMAS SOCIALES		LINEA BASE**	OBJETIVOS DE IMPACTO***	INDICADORES DE IMPACTO
GENERAL	Alta incidencia de Mortalidad por Enfermedades Crónicas, por cada 100.000 habitantes fallece 309 a causa de este tipo de enfermedades, en el Municipio de Pasto	Mortalidad = 309 por 100.000 habitantes	Disminuir la incidencia de Mortalidad por Enfermedades Crónicas de la población mayor de 40 años del Municipio de Pasto	(%) Puntos de variación de la Incidencia* de mortalidad por enfermedades crónicas de la población mayor de 40 años.
ESPECÍFICA	Alta incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio	Mortalidad = 105.7 por 100.000 habitantes	Bajar la incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio	(%) Puntos de variación de la Incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio en la población mayor de 40 años.
ESPECÍFICA	Alta incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Digestivo	Mortalidad = 33.2 por 100.000 habitantes	Disminuir la incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Digestivo.	(%) Puntos de variación de la Incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Digestivo en la población mayor de 40 años.
ESPECÍFICA	Alta incidencia de mortalidad por enfermedades Cerebrovasculares	Mortalidad = 29.2 por 100.000 habitantes	Disminuir la incidencia de mortalidad por enfermedades Cerebrovasculares	(%) Puntos de variación de la Incidencia de mortalidad por enfermedades Cerebrovasculares de la población mayor de 40 años.
ESPECÍFICA	Alta incidencia de mortalidad por enfermedades hipertensas	Mortalidad = 12.8 por 100.000 habitantes	Disminuir la incidencia de mortalidad por enfermedades hipertensas	(%) Puntos de variación de la Incidencia de mortalidad por enfermedades Hipertensas de la población mayor de 40 años.

FUENTE: La presente Investigación

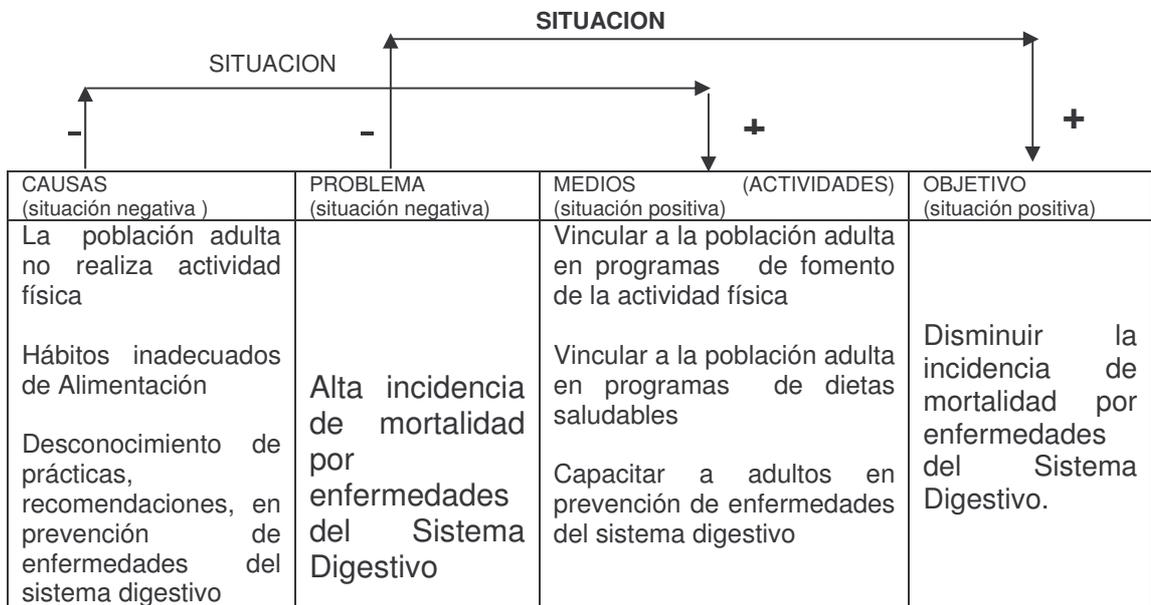
NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

* Incidencia entendida como: $\text{Incidencia} = (\text{Cantidad de casos nuevos por período} / \text{Población del período}) \times 100000$

** Estadísticas tomadas de la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección Municipal de Salud. ALCALDIA DE PASTO

***Se establece Objetivos, Indicadores, Metas de Impacto, para cada proyecto y además se detalla el cálculo de los indicadores, en el Capítulo III

Cuadro 12 TRANSFORMAR UNA SITUACION NEGATIVA A UNA SITUACION POSITIVA



FUENTE: La presente Investigación

NOTA: El problema se convierte en el objetivo, al traducir la situación negativa a un fin positivo, las causas se transforman en los medios para alcanzar el objetivo perseguido. Las causas son la versión negativa y los medios la positiva.

Secuencialmente, para que un proyecto concluya exitosamente, teniendo como lineamientos fundamentales la formulación de impacto, se procede a realizar la formulación de Producto, en el sentido, en que se entra establecer objetivos, indicadores, metas, pero ahora de producto, para cada objetivo de impacto. En esta sección, se debe retomar los problemas específicos que afectan a una población y mediante una serie de interrelaciones explicativas, establecer las causas que generan los problemas. Así como al traducir la situación negativa a un fin positivo, los problemas se transforman en objetivos, las causas se transforman en los medios y estos medios son los objetivos de producto (ver cuadro N° 2) para alcanzar los objetivos de impacto. Las causas son la versión negativa y los medios la positiva, y a partir de estos medios se construye los objetivos de producto, ver cuadro N° 3, en el cual se desarrolla un ejemplo para un objetivo de impacto del Proyecto: Estilo de Vida Saludable.

Finalmente, se debe tener claro un criterio de selección, en el momento de determinar la población objetivo ya que esta, es un subconjunto de la población total (población de referencia) a la que están destinados los productos del proyecto. Se la define normalmente por la pertenencia a un segmento socioeconómico (con NBI), grupo etario (menores de seis años), localización geográfica (zona rural) y carencia específica (desnutridos).

Cuadro 13 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS, INDICADORES Y METAS DE PRODUCTO

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE IMPACTO	META IMPACTO	OBJETIVO DE PRODUCTO	ACTIVIDAD (MEDIOS)	META DE PRODUCTO	INDICADOR DE PRODUCTO	FUENTES DE VERIFICACION
Disminuir la incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Digestivo.	20%	Implantar y organizar actividades que contribuyan a un estado físico y mental saludable	<ul style="list-style-type: none"> Vincular a la población adulta en programas autosostenibles de fomento de la actividad física 	20.000 personas adultas *	CANTIDAD DE ADULTOS VINCULADOS A PROGRAMAS DE FOMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA	REGISTROS DEL PROYECTO
			<ul style="list-style-type: none"> Vincular a la población adulta en programas autosostenibles de dietas saludables 	20.000 personas adultas *	CANTIDAD DE ADULTOS VINCULADOS A PROGRAMAS DE DIETAS SALUDABLES	REGISTROS DEL PROYECTO
		Fortalecer conocimientos y actitudes saludables en la población mayor de 40 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar a adultos en prevención de enfermedades del sistema digestivo 	50.000 personas adultas	CANTIDAD DE ADULTOS CAPACITADOS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	REGISTROS DE ASISTENCIA

FUENTE: La presente Investigación

* Metas establecidas en el Plan de Desarrollo 2004 – 2007/ Programa Vida Saludable/ Metas finales

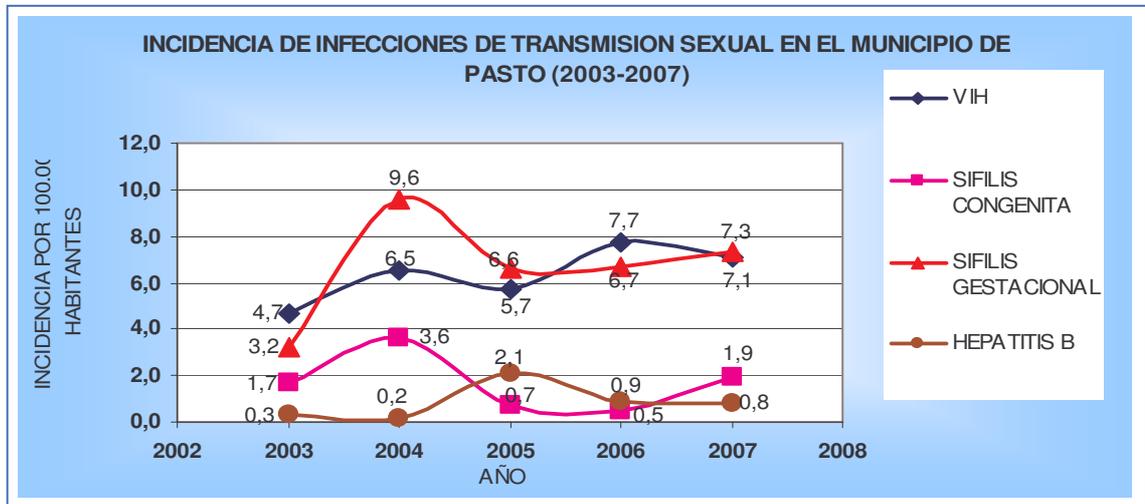
3.3 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E INDICADORES DE IMPACTO

Tabla 2 IMPLEMENTACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE ITS, VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE PASTO

OBJETIVO DE IMPACTO	LINEA BASE	META DE IMPACTO	INDICADOR DE IMPACTO	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007	
G E N E R A	Disminuir la incidencia de I.T.S. – VIH/SIDA en la población de 15 a 49 años de edad del municipio de pasto	9,6		$\Delta =$ VARIACION DE LA INCIDENCIA DE ITS	IITS = (INCIDENCIA DE ITS EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000 HAB	$\Delta =$ IITS p1 - IITS p0	10,1	3,4	5,3	6,8
						$\% \Delta = \Delta * 100 /$ IITS p0	105,9	35,27	54,9	70,69
E S P E C I F I C O S	Disminuir la incidencia de VIH	4.7	Mantener la prevalencia general de infección por VIH por debajo de 0.5%	$\Delta =$ VARIACION DE LA INCIDENCIA VIH	IVIH = (INCIDENCIA DE VIH EN PERÍODO N / TOTAL POBLACION DEL PERÍODO) X 100.000	$\Delta =$ IVIH p1 – IVIH p0	1.8	1.0	3.0	2.4
						$\% \Delta = \Delta * 100 /$ IVIH p0	38	21	64	51
	Disminuir la incidencia de SIFILIS congénita	1.7	Mantener por debajo de 0,5% la prevalencia de sífilis congénita	$\Delta =$ VARIACION DE LA INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA	ISC = (INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PERÍODO N / TOTAL POBLACION DEL PERÍODO) X 100.000.	$\Delta =$ ISC p1 – ISC p0	1.9	-1.0	-1.2	0.2
						$\% \Delta = \Delta * 100 /$ ISC p0	112	-59	-71	12
	Disminuir la incidencia de SIFILIS gestacional	3,2		$\Delta =$ VARIACION DE LA INCIDENCIA DE SIFILIS GESTACIONAL por 100,000 HAB	ISG = (INCIDENCIA DE SIFILIS GESTACIONAL EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	$\Delta =$ ISG p1 – ISG p0	6,4	3,4	3,5	4,10
						$\% \Delta = \Delta * 100 /$ ISG p0	201	106	109	128
Disminuir la incidencia de HEPATITIS B	0,3		$\Delta =$ VARIACION DE LA INCIDENCIA DE HEPATITIS B	IHB = (INCIDENCIA DE HEPATITIS B EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	$\Delta =$ IHB p1 – IHB p0	-0,1	1,8	0,6	0,50	
					$\% \Delta = \Delta * 100 /$ IHB p0	-33,3	600	200	167	

FUENTE: La presente Investigación

Gráfica 1 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



FUENTE: La presente investigación

NOTA: estadísticas consolidadas por la subdirección de planeación y sistemas, DMS, Alcaldía de Pasto

Con respecto a las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), la incidencia de VIH registró una tendencia creciente con respecto al 2003, en este año fue de 4.7 por cada 100.000 habitantes; en el 2004 se incrementó en 1.8 puntos, que significa el 38 %; en el 2005 se incrementó en 1 punto (21%); el 2006 fue el año de mayor ascenso, ya que presentó un aumento de 3 puntos, equivalentes al 64 % y finalmente en el 2007 alcanzó una incidencia de 7.3 por 100.000 habitantes, es decir un incremento en 2.5 puntos, en términos porcentuales 53%, con respecto al año 2003.

La incidencia de Sífilis Gestacional, presentó una tendencia creciente sostenida; en el 2003 la incidencia fue de 3.2 por 100.000 habitantes; el 2004 fue el año de mayor incidencia, alcanzando 9.6 por 100.000 habitantes, para un incremento de 6.4 puntos (200%), respecto al año anterior, el 2005 se registró un incremento de de 3.4 que significa un 106%; en el 2006 se presentó un incremento muy similar al año anterior; y en el año 2007 alcanzó una incidencia Sífilis Gestacional de 7.3 por 100.000 habitantes, representando un incremento de 4.1 puntos, que equivale a un ascenso de 128% con respecto al año base (2003).

La incidencia de Hepatitis B, la cual también pertenece al grupo de ITS generalmente siempre ha estado por debajo de 1 por cada 100.000 habitantes; en el 2003 la incidencia fue de 0.3 por 100.000 habitantes; el 2005 fue el único año que alcanzó una incidencia de 2.1 por 100.000 habitantes, registrando un incremento de 1.8 puntos que en porcentaje significa un aumento de 600%, en el 2006 se presentó un incremento menor, de 0.6 puntos; pero que en términos porcentuales con respecto al 2003 significa un ascenso de 200% y en el año 2007 alcanzó una incidencia de Hepatitis B de 0.8 por 100.000 habitantes, representando un incremento de 0.5 punto, 166.7%, con respecto al año base.

Tabla 3 MEJORAMIENTO DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CERVIX

OBJETIVO DE IMPACTO	LINEA BASE	META DE IMPACTO	INDICADOR DE IMPACTO	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007
GENERAL	Alcanzar una baja incidencia de mortalidad asociada al cáncer de cervix en las mujeres entre 25 a 69 años principalmente de los estratos 1 y 2 del sisben	4,9	Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORTAIDAD POR NEOPLASIA MALIGNA EN EL UTERO * 100.000 hab.	IMCC = (INCIDENCIA DE MUERTES POR CÁNCER DE CERVIX EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100.000 HAB	Δ = IMCC p1 – IMCC p0	0,2	2,4	5,3	5,8
					$\% \Delta$ = Δ * 100 / IMCC p0	4,082	48,98	108,2	118,4
ESPECÍFICOS	Incrementar la cobertura de Citología	El 50% de las mujeres entre 25 a 60 años cubiertas con Citología Vaginal x año	CC=COBERTURA DE CITOLOGIA	CMC =CANTIDAD DE MUJERES ENTRE 25- 60 AÑOS CON CITOLOGIA, CMC= CANTIDAD DE MUJERES CON CITOLOGIA TM= TOTAL DE MUJERES ENTRE 25 A 60 AÑOS	CC =CMC *100/ Tm	36	45	51	49
	Disminuir la incidencia de mujeres a las cuales se les ha practicado Histerectomía.		Δ^* =VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MUJERES QUE SE LES HA PRACTICADO HISTERECTOMIA * 100.000 hab.	IMPH = (INCIDENCIA DE MUJERES QUE SE LES HA PRACTICADO HISTERECTOMIA PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100.000 HAB	Δ = IMPH p1 – IMPH p0				
					$\% \Delta$ = Δ * 100 /IMPH p0				

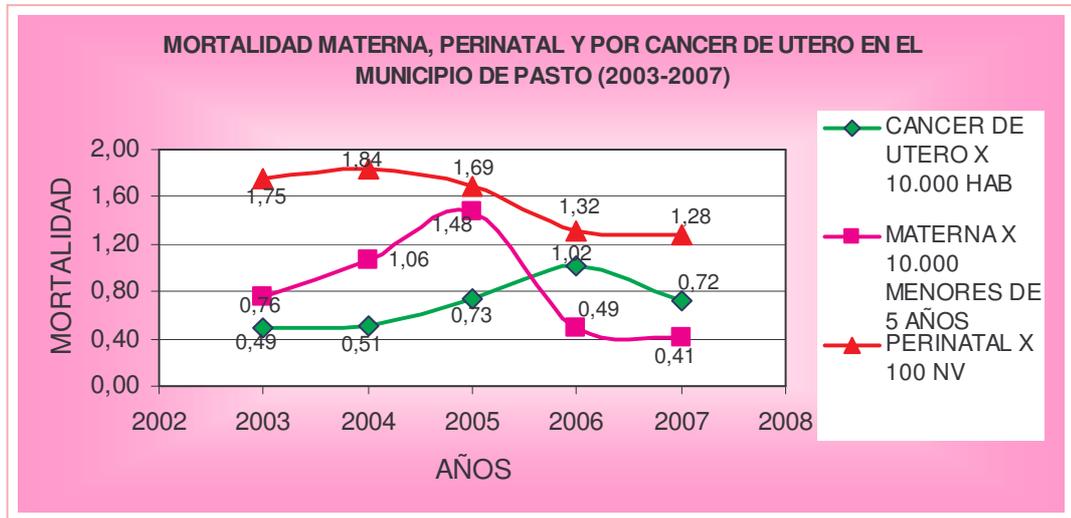
Tabla 4 IMPLEMENTACIÓN AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL JOVEN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

OBJETIVO DE IMPACTO	LINEA BASE	META DE IMPACTO	INDICADOR DE IMPACTO	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007	
GENERAL	Disminuir la incidencia de mortalidad asociada a factores de riesgo en salud sexual y reproductiva (Materna y Perinatal)	180		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR RIESGOS EN SSR por 10,000 NACIDOS VIVOS	IMSSR = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR RIESGOS EN SSR EN PERÍODO N / TOTAL NACIDOS VIVOS DEL PERÍODO) X 10,000	Δ = IMSSR p1 – IMSSR p0	12	4,4	-44	-50,7
						$\% \Delta$ = Δ X 100 / IMSSR p0	6,7	2,4	-24,4	-28,1
ESPECÍFICOS	Reducir la incidencia de mortalidad materna.	0.76	Disminuir la mortalidad materna en un 20%	Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA	IMM = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA EN PERÍODO N / TOTAL MENORES DE 5 AÑOS del PERÍODO) X 10,000.	Δ = IMM p1 – IMM p0	0,3	0,7	-0.3	-0.4
						$\% \Delta$ = Δ X 100 / IMM p0	39	95	-36	-46
	Reducir la mortalidad perinatal	17,5	Se disminuirá en el 10% la tasa de mortalidad perinatal.	Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD PERINATAL	IMP = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD PERINATAL EN PERÍODO N / TOTAL NACIDOS VIVOS DEL PERÍODO) X 1.000 p= período de tiempo	Δ = IMP p1 –IMP p0	0.9	-0.7	-4,4	-4,8
						$\% \Delta$ = Δ X 100 / IMP p0	5	-4	-25	-27,3
Disminuir la incidencia de fecundidad en adolescentes	2.78	Se disminuirá en un 26% la tasa de fecundidad	Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES MENORES DE 20 AÑOS	IFA = (INCIDENCIA DE FECUNDIDAD EN ADOLESCENTES EN PERÍODO N / POBLACIÓN MUJERES ENTRE 10 A19 AÑOS) X 100	Δ =IFA p1 - IFA p0	0.2	-0.02	-0.4	-0.6	
					$\% \Delta$ = Δ X 100 / IFA p0	8	-1	-14	-20	

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

Gráfica 2 MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE PASTO



FUENTE: La presente investigación

NOTA: estadísticas consolidadas por la subdirección de planeación y sistemas, DMS, Alcaldía de Pasto

En la población de mujeres entre 25 a 60 años la principal causa de mortalidad es por cáncer de cuello uterino, la cual ha seguido una tendencia creciente sostenida, en el 2003 fue de 4.9 por 100.000 habitantes, para los años 2004 y 2005 se incrementó en 0.2 y 2.4 puntos, respectivamente y posteriormente para el 2006 y 2007 se incrementó en 5.3 y 2.3 con respecto a la línea base, alcanzando una mortalidad de 7.2 por 100.000 habitantes en el 2007. Situación que puede tener una explicación por la deficiente cobertura en la toma de citologías, que generalmente se ha mantenido por debajo del 50% y este es el único medio de detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino.

La incidencia de Mortalidad Materna, en el 2003 fue de 0.76 por 10.000 menores de 5 años habitantes; el 2004 presentó un incremento de 0.3, en cifras porcentuales de 39% con respecto al 2003; el 2005 fue el año de mayor crecimiento alcanzando una tasa de 1.48 por 10.000 menores de 5 años, lo cual significa un incremento de 0.7, en términos porcentuales 95 %; en el 2006 se presentó un descenso de 0.3; y en el año 2007 alcanzó una incidencia de mortalidad materna de 0.41 por 10.000 menores de 5 años, representando una disminución de 0.4, 46%, con respecto al año base. La meta de este indicador fue disminuir la mortalidad materna en un 20%, la cual no se cumplió, porque en promedio se incrementó en un 39.8%

En lo relacionado a la salud reproductiva, se observa que la fecundidad en menores de veinte años, ha experimentado una tendencia decreciente con respecto al 2003, en este año la tasa de fecundidad neta se ubicó en 27.8 por cada 1000 mujeres entre 10 a 19 años; el 2004 fue el único año que presentó un

incremento de 2.2 puntos, en términos porcentuales el 8%; en el 2005 retomó la senda decreciente, disminuyendo 0.2 puntos; en el 2006 se presentó una reducción de 3.9 puntos, que en cifras porcentuales equivale a un descenso de 14.1%; y en el año 2007 alcanzó una tasa de fecundidad de 22.3 por 1000 mujeres entre 10 a 19 años, representando una disminución de 6 puntos, equivalente a una reducción de 20%, con respecto al año 2003.

Tabla 5 MEJORAMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ESCOLARIZADA DEL MUNICIPIO DE PASTO

PROBLEMA: Alta incidencia de morbimortalidad por enfermedades prevalentes en la población infantil del municipio de Pasto

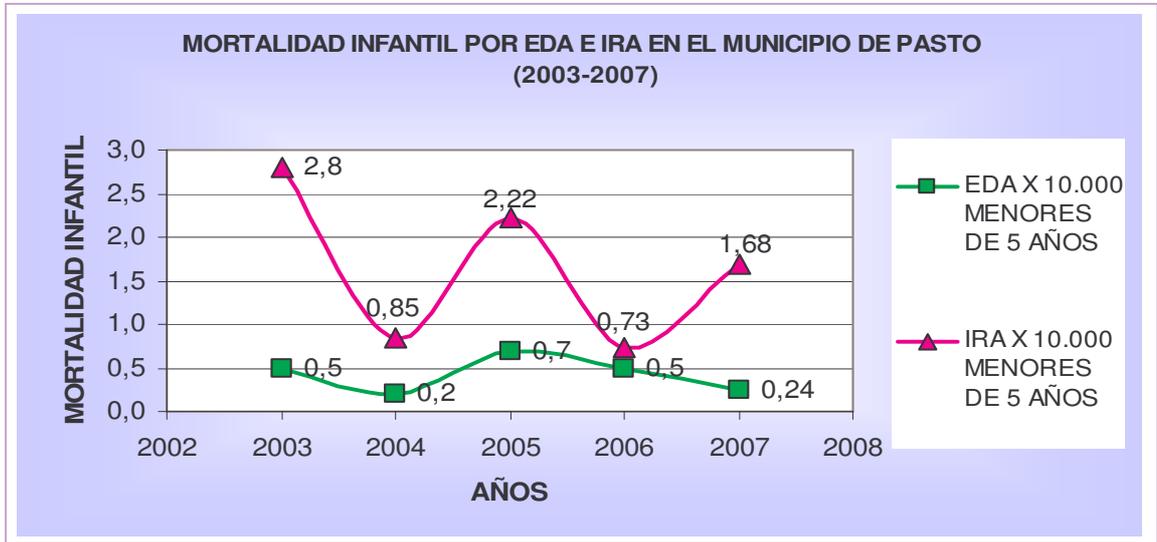
OBJETIVO DE IMPACTO		LINEA BASE	META DE IMPACTO	INDICADOR DE IMPACTO	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007	
G E N E R	Disminuir la incidencia de mortalidad en la población infantil entre edades, del municipio de Pasto	16,9		Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD INFANTIL	IMI = (INCIDENCIA DE MORTALIDA INFANTIL EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 1.000 NACIDOS VIVOS	Δ = IMI p1 – IMI p0	-0,5	-0,2	-5,9	-4,3	
						$\% \Delta = \Delta * 100 / IMI p0$	-2,96	-1,18	-34,9	25,4	
E S P E C I F I C O S	Reducir la incidencia de mortalidad EDA	0,5	tasa de mortalidad por EDA por debajo de 1x 10,000menores 5 años	Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD INFANTIL por EDA	IMEDA = (INCIDENCIA DE MORTALIDA INFANTIL POR EDA EN PERÍODO N / POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS DEL PERÍODO) X 10,000.	Δ =IMEDA p1 – IMEDA p0	-0,3	0,2	0	-0,3	
	Reducir la incidencia de mortalidad IRA	2.8	IRA disminuir la tasa de mortalidad en un 50%	Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD INFANTIL	IMIRA = (INCIDENCIA DE MORTALIDA INFANTIL POR IRA EN PERÍODO N / POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS DEL PERÍODO) X 10,000	Δ = IMIRA p1 – IMIRA p0	-1.9	-0.6	-2.1	-1.1	
						$\% \Delta = \Delta * 100 / IMIRA p0$	-70	-20	-2.1	-1.1	
	Disminuir la incidencia de morbilidad asociada a carencias en los biológicos del esquema de vacunación				Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD I por CARENCIAS EN VACUNAS POR 100,000 HAB*	IMICV = (INCIDENCIA DE MORTALIDA INFANTIL x CARENCIAS EN VACUNAS EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000 HAB.	Δ =IMCV p1 – IMCV p0				
							$\% \Delta = \Delta * 100 / IMICV p0$				
Incrementara la cobertura de vacunación con todos los biológicos	78.2	Coberturas del 95% con todos los biológicos	CV = COBERTURA DE CACUNACION CON TODOS LOS BIOLOGICOS	CNV= CANTIDAD DE NIÑOS VACUNADOS TPI= TOTAL POBLACION INFANTIL	$CV = CNV * 100 / TPI$	79.6	84.0	70.4	75		

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas de la Dirección Municipal de Salud.

*No existen estadísticas en la Dirección Municipal de Salud que permita calcular este indicador

Grafica 3 MORTALIDAD INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE PASTO



FUENTE: La presente investigación

NOTA: estadísticas consolidadas por la subdirección de planeación y sistemas, DMS, Alcaldía de Pasto

La incidencia de mortalidad por EDA, ha tenido un comportamiento inestable; en el 2003 la incidencia de mortalidad fue de 0.5 por 10.000 menores de cinco años; el 2004 presentó una reducción de 0.3 décimas, en términos porcentuales el 60%, con respecto al año anterior; el 2005 fue el año de mayor crecimiento alcanzando una tasa de 0.7 por 10.000 menores de cinco años, lo cual significa un incremento de 0.2, en términos porcentuales 40% con respecto al año 2003; en el 2006 no se presentó ninguna variación; y en el año 2007 alcanzó una incidencia de 0.24 muertes por 10.000 menores de cinco años, representando un descenso de 0.3 el 52%, con respecto al año base. Este indicador cumplió la meta, o mejor expresado, estuvo dentro del rango, pues su meta radicó en mantener la tasa de mortalidad por EDA por debajo de 1x 10.000 menores de 5 años; esto significa que este indicador podía incrementarse hasta en 0.4 incremento que en términos porcentuales equivale a 99% con respecto al 2003 y sin embargo cumplía la meta.

La tasa de mortalidad por IRA presentó una tendencia sostenida a la reducción, en el años 2003 se ubicó en 2.8 por cada 10.000 menores de 5 años, en el siguiente año disminuyó en 1.9, que en términos porcentuales es de 70 %; en el 2005 disminuyó en 0.6; en el 2006 continuo con la tendencia al descenso con respecto a la línea base, registrando una variación negativa de 2.1 puntos, 74%; y en el 2007 presentó una reducción de 1.1 puntos, 40% con respecto al año 2003, para una mortalidad por IRA de 1.68 por 10.000 menores de 5 años.

Tabla 6 IMPLEMENTACIÓN FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PSICOSOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

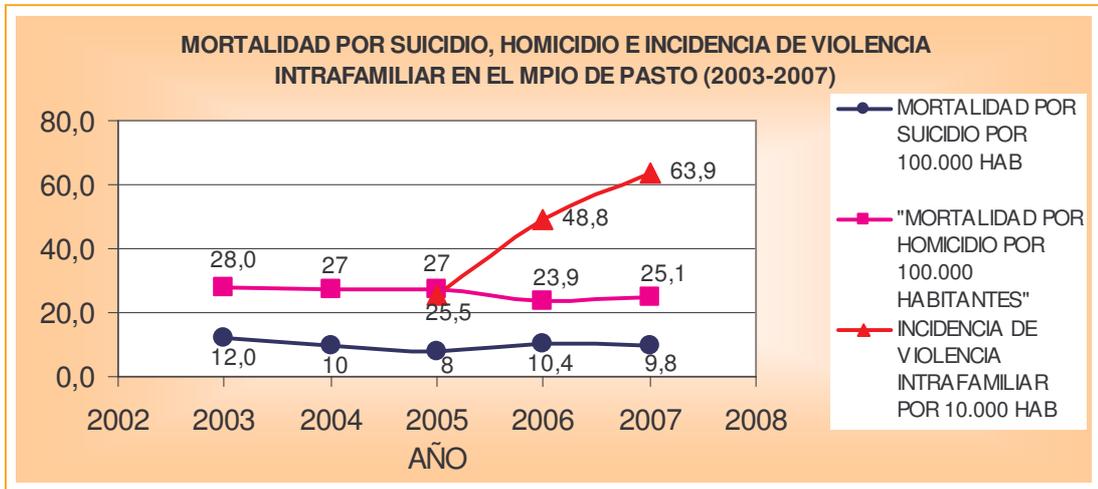
OBJETIVO		LINEA BASE	META	INDICADOR	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007
GENERAL	Fortalecer las acciones y actitudes en salud mental de la población para disminuir la mortalidad por violencia	40		$\Delta = \text{VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD VIOLENTA}$	IMV = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD VIOLENTA EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000 HAB	$\Delta = \text{IMV p1} - \text{IMV p0}$	-3	-5	-5,7	-5,1
						$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMV p0}$	-7,50	-12,50	-14,25	-12,80
ESPECÍFICOS	Reducir la mortalidad violenta por suicidios	12,0		$\Delta = \text{VARIACION DE MORTALIDAD VIOLENTA POR SUICIDIO}$	IMVS = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD VIOLENTA POR SUICIDIO EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	$\Delta = \text{IMVS p1} - \text{IMVS p0}$	-2	-4	-1,6	-2,2
						$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMVS p0}$	-17	-33	-13	-18
	Disminuir la incidencia de mortalidad violenta por homicidio	28		$\Delta = \text{VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIO}$	IMH = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIO EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	$\Delta = \text{IMH p1} - \text{IMH p0}$	-1	-1	-4,1	-2,9
						$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMH p0}$	-4	-4	-15	-10
disminuir la violencia intrafamiliar y maltrato infantil	25,5 (2005)		$\Delta = \text{VARIACION DE INCIDENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL *}$	IVIMI = (INCIDENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 10,000	$\Delta = \text{IVIMI p1} - \text{IVIMI p0}$			23,3	38,4	
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IVIMI p0}$			91	151	
Disminuir el consumo de sustancia psicoactivas			$\Delta = \text{VARIACION DE INCIDENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS **}$	ICSP = (INCIDENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 10,000						

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

* Estadísticas de Violencia Intrafamiliar, se consolidaron a partir del 2005, ** No existen estadísticas que permita calcular este indicador

Grafica 4 VIOLENCIA EN EL MUNICIPIO DE PASTO



FUENTE: La presente investigación

NOTA: estadísticas consolidadas por la subdirección de planeación y sistemas, DMS, Alcaldía de Pasto

La incidencia de mortalidad autoinfligida, es decir, por suicidio ha experimentado una tendencia leve al descenso, en el 2003 fue de 12 por cada 100.000 habitantes; en los años 2004, 2005 y 2006, con respecto al 2003, se registró una variación negativa de 2.0, 4.0 y 1.6 puntos, que equivalen a 16%, 33% y 13%, respectivamente y en el año 2007 la incidencia de Mortalidad violenta fue de 9.8 por 100.000 habitantes, representando una disminución en 2.2 puntos, es decir una reducción de 18.3%, con respecto al año base.

La Mortalidad Violenta por Homicidio ha tenido una tendencia constante y una tendencia ligera al descenso en los dos últimos años con respecto al 2003, en este año fue de 28 por 100.000 habitantes; el 2004 y 2005 registró un descenso de 1 punto, equivalente al 3.6 por ciento; en el 2006 se presentó el descenso más significativo de 4.1 puntos, equivalente a 14.6 por ciento; y en el año 2007 alcanzó una incidencia de Mortalidad por Homicidio de 25.1 por 100.000 habitantes, significando una disminución de 2.9 puntos, 10%, con respecto al año 2003.

Con respecto a la violencia intrafamiliar ha mostrado una tendencia notablemente creciente, en el 2005 se reportaron 25.5 por 10.000 habitantes, en el siguiente años, se incrementó en 23.3 puntos, que significa el 91%, alcanzando una incidencia de 48.8 por 10.000 habitantes y en el 2007, esta incidencia fue de 63.9, lo cual representa un incremento de 38.4 puntos, es decir, un incremento de 151% con relación al 2005.

Tabla 7 CONTROL Y SEGUIMIENTO A LAS JUNTAS ADMINISTRADORAS DE ACUEDUCTOS EN LA ZONA SUBURBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PASTO

OBJETIVO		LINEA BASE	META	INDICADOR	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007
GENERAL	Lograr 0 muertes asociadas a factores de riesgo del ambiente y del consumo			Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE MORBILIDAD POR RIESGOS DEL AMBIENTE Y CONSUMO	IMFAC = (INCIDENCIA DE MORBILIDAD POR FACTORES DE AMBIENTE Y CONSUMO EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000 hab.	$\Delta = \text{IMFAC } p1 - \text{IMFAC } p0$	0	0.2	0	0
	1 caso registrado de cólera en el 2005 alcanzando una incidencia 0.2 por 100.000 hab.					$\% \Delta = \Delta * 100 / \text{IMFAC } p0$				
	Disminuir la incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)	39,4	Disminuir en 50% la incidencia de ETA	Δ = VARIACION DE LA INCIDENCIA DE ETA	IETA = (INCIDENCIA DE ETA EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000 hab.	$\Delta = \text{IMFAC } p1 - \text{IMFAC } p0$	27,2	37,9	-33,1	19
						$\% \Delta = \Delta * 100 / \text{IMFAC } p0$	69	96	-84	48

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

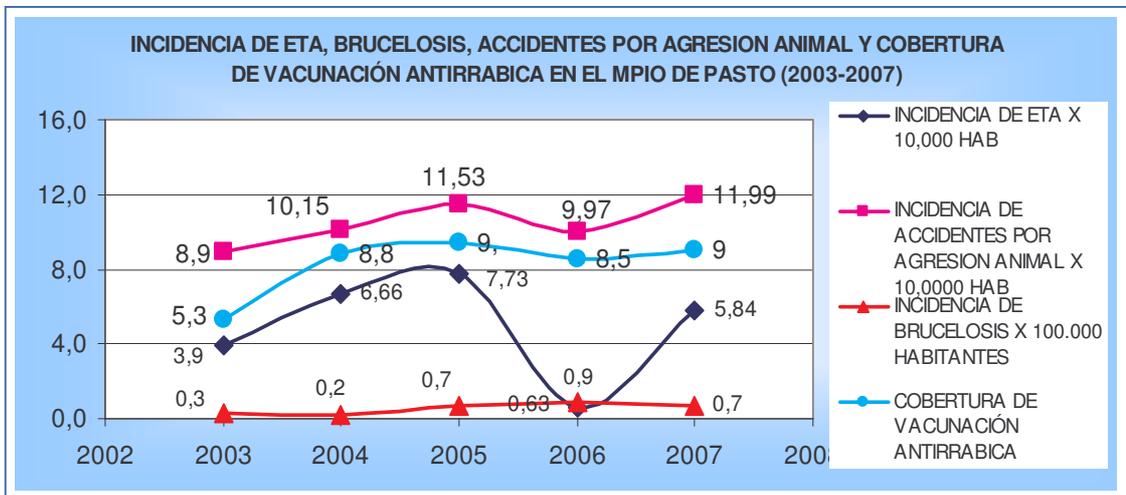
Tabla 8 CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN ZONOSIS EN EL MUNICIPIO DE PASTO

OBJETIVO		LINEA BASE	META	INDICADOR	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007
G E N E R A L	Disminuir la presencia de enfermedades zoonoticas en el municipio de Pasto (BRUCELOSIS)	0.3 BRUC ELOSI		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES ZONOTICAS	IEZ = (INCIDENCIA DE ENFERMEDADES ZONOTICAS EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	$\Delta = \text{IEZ p1} - \text{IEZ p0}$	-0.1	0.4	0.6	0.4
						$\% \Delta = \Delta * 100 / \text{IEZ p0}$	-33	133	200	133
E S P E C I F I C O S	Incrementar la cobertura de vacunación antirrábica de la población cánina y felina	53,5	Se lograrán coberturas del 90% en vacunación de la población canina y felina.	COVERTURA DE VACUNACION ANTIRRABICA	CVA = COVERTURA DE VACUNACION ANTIRRABICA CPG= CANTIDAD DE PERROS Y GATOS VACUNADOS TPCF= TOTAL POBLACION CANINA Y FELINA	$\text{CVA} = \text{CPGV} / \text{TPCF} * 100$	88,3	94,7	85	90
	Disminuir la incidencia por accidentes por agresión animal	89.2		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES POR AGRESION ANIMAL	IAAA = (INCIDENCIA DE ACCIDENTES POR AGRESION ANIMAL EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100.000	$\Delta = \text{IAAA p1} - \text{IAAA p0}$	12.3	26.1	10.5	30.7
						$\% \Delta = \Delta * 100 / \text{IAAA p0}$	14	29	12	34

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

Grafica 5 ZONOSIS EN EL MUNICIPIO DE PASTO



FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

Con respecto al comportamiento de las ETA (Enfermedades Transmitidas por Alimentos) ha experimentado una tendencia creciente, en el 2003 la incidencia de ETA fue de 3.9 por 10.000 habitantes, en el siguiente años se incrementó en 2.7 puntos, 69% con relación al anterior año, para una incidencia de 6.7; el 2005 fue el año de mayor ascenso, el cual fue de 3.8 puntos, 96%, alcanzando una incidencia de 7.7 por 10.000 hab.; en el 2006 se registró un importante descenso, el cual fue de 3.3, en porcentaje una disminución de 84%; y en el 2007, nuevamente retomó su senda de crecimiento, presentando una incidencia de 5.8 por 10.000 hab., es decir un incremento de 1.9, 48%, con respecto al año 2003.

Los casos reportados por agresión animal, han registrado una tendencia notable al crecimiento, es así como en el 2004 la incidencia fue de 101.5 por 100.000 habitantes, lo cual significa un incremento de 12.3, 14% con relación al año anterior, en el cual la incidencia fue de 89.2 por 100.000 habitantes. En el 2005 se presentó un incremento del 26.1, 29%; en el 2006 el aumento fue de 10.5 equivalente al 12% y en el 2007 la incidencia de accidentes por agresión animal se situó en 120 por 100.000 hab., significando un incremento de 30.7 puntos, 34%, con relación a la línea base.

Brucelosis, enfermedad transmitida a los seres humanos por animales como las vacas, cerdos y cabras, a través del contacto con animales infectados o al ingerir su leche, ha presentado una tendencia paulatinamente creciente, puesto que en el 2003 y 2004 la incidencia fue de 0.3 y 0.2 por 100.000 hab.; en el 2005 la incidencia fue de 0.7, es decir un incremento de 0.4, equivalente al 133%; en el 2006, alcanzó una incidencia de 0.9 y finalmente en el 2007 se incremento en 0.4,

133%, con relación a año base, para una incidencia de brucelosis de 0.7 por 100.000 hab.

La cobertura de vacunación antirrábica en el 2003 estaba alrededor del 53%, en el 2004 la cobertura de vacunación antirrábica alcanzó el 88 %, representando un incremento de cobertura del 35%; en el 2005 logró una cobertura del 94%, en el 2006 la cobertura de vacunación antirrábica cayó al 85%, y en el 2007 se incremento en 5% con respecto al año anterior y 37% con respecto al año base alcanzando así una cobertura del 90%.

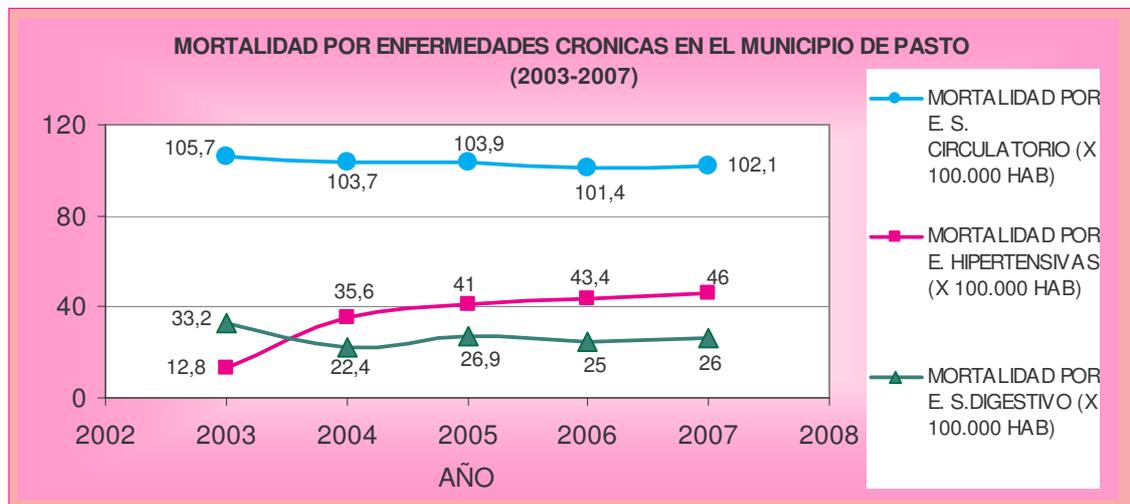
Tabla 9 MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL MUNICIPIO DE PASTO

OBJETIVO	LINEA BASE	META	INDICADOR	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007
GENERAL Disminuir la incidencia de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles mas incidentes	180,9		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	IMEC = (INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ = IMEC p1 – IMEC p0	-5,7	1,7	0	4,8
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMEC p0}$	-3,15	0,9	0	2,6
ESPECIFICOS Disminuir la mortalidad por enfermedades Sistema circulatorio	105,7		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	IMESC = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ = IMESC p1 – IMESC p0	-2	-1,8	-4,3	-3,6
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMESC p0}$	-2	-2	-4	-3
Disminuir la incidencia de mortalidad por enfermedades del Sistema Digestivo	33,2		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	IMESD = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ = IMESD p1 – IMESD p0	-10,8	-6,3	-8,2	-7,2
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMESD p0}$	-33	-19	-25	-22
Disminuir la mortalidad por enfermedades Cerebrovasculares	29,2		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	IMECV = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ = IMECV p1 – IMECV p0	-15,7	-18,4	-18,1	-17,6
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMECV p0}$	-54	-63	-62	-60
Disminuir la mortalidad por enfermedades Hipertensas	12,8		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	IMEH = (INCIDENCIA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ = IMEH p1 - IMEH p0	22,8	28,2	30,6	33,2
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / \text{IMECV p0}$	178	220	239	259

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

Grafica 6 ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL MUNICIPIO DE PASTO



FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

En la población adulta, mayor de 45 años la principal causa de mortalidad es por enfermedades crónicas, entre las más incidentes, en su orden, están: las enfermedades del sistema circulatorio, del sistema digestivo, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensas.

En lo que se refiere a mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ha tenido una tenue tendencia decreciente con respecto al 2003, para este año se ubicó en 105.7 por 100.000 habitantes; en el 2004 y 2005 se presentó un descenso de 1.9 puntos, equivalente al 1.8 por ciento; en el 2006 se presentó el descenso más significativo, el cual fue de 4 puntos, equivalente a 4%; y en el año 2007 alcanzó una incidencia de Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de 102.1 por 100.000 habitantes, representando una disminución de 3.6 puntos, 3%, con respecto al año 2003; a pesar que la mortalidad por esta enfermedad ha sido algo decreciente la incidencia es muy alta.

La mortalidad por enfermedades hipertensas, ha presentado una tendencia creciente progresiva en relación al 2003, situación preocupante, ya que en ese año se situó en 12.8 por 100.000 habitantes; en el 2004 se dio un brusco crecimiento de 22.8 puntos, que equivalente al 178 por ciento; en el 2005 se presentó un incremento de 28.2, equivalente a 220 por ciento; el 2006 fue el año que se registro la mayor variación positiva, la cual fue de 30.6 puntos, significando un crecimiento de 239 por ciento y en el año 2007 la Mortalidad por enfermedades hipertensas se situó en 46 por 100.000 habitantes, representando un ascenso de 33.2 puntos, equivalentes a 259%, con respecto al año base.

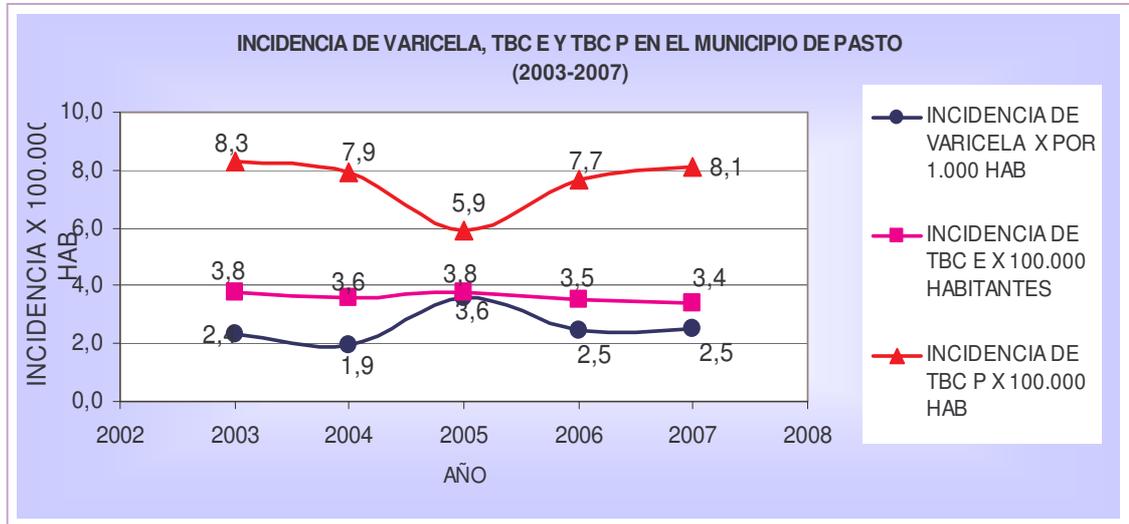
Tabla 10 MEJORAMIENTO FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE PASTO

OBJETIVO	LINEA BASE	META	INDICADOR	DESCRIPCION	FORMULA	2004	2005	2006	2007
G E N E R A L	Disminuir la incidencia de eventos de riesgo para la salud pública		Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES IFECCIOSAS	IMEC = (INCIDENCIA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ = EI p1 – IEI p0				
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / IMEC \text{ p0}$				
E S P E C I F I C O S	Disminuir la incidencia de tuberculosis extrapulmonar (TBC E)	3,8	Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE (TBC E)	ITBCE = (INCIDENCIA DE TBC E EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ =ITBCE p1 – ITBCE p0	-0,2	0	-0,3	-0,1
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / ITBCE \text{ p0}$	-5,26	0	-7,9	-2,6
	Disminuir la incidencia de tuberculosis pulmonar (TBC P)	8,3	Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE (TBC P)	ITBCP = (INCIDENCIA DE TBC P EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ = ITBCP p1 – ITBCP p0	-0,4	-2,4	-0,6	-1,5
					$\% \Delta = \Delta \times 100 / ITBCE \text{ p0}$	-4,8	-28,9	-7,2	-18
Disminuir la incidencia de epidemias de varicela	235,4	Δ = VARIACION DE INCIDENCIA DE VARICELA	IVAR = (INCIDENCIA DE VARICELA EN PERÍODO N / POBLACIÓN TOTAL DEL PERÍODO) X 100,000	Δ =IVAR p1 – IVAR p0	-43,2	125,2	9,8	18	
				$\% \Delta = \Delta \times 100 / IVAR \text{ p0}$	-18,35	53,19	4,16	7,62	

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

Grafica 7 VIGILANCIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE PASTO



FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Indicadores calculados con estadísticas consolidadas por la Subdirección de Planeación y Sistemas. Dirección de Salud. ALCALDIA DE PASTO

Vigilancia en salud pública, tiene la responsabilidad de la investigación y confirmación de casos de los eventos sujetos a vigilancia en salud pública, es decir son esos eventos que se clasifican como riesgosos, entre los más incidentes en el municipio de Pasto, que aún no se han mencionado están:

Varicela, tuberculosis pulmonar TBC P y tuberculosis extrapulmonar TBC E.

En el 2004 la incidencia por varicela fue de 192 por 100.000 hab., representando una reducción de 43.2 (18%) con relación al año base que fue de 235.4; el 2005 fue el de mayor casos reportados, ya que se incremento en 125.2 (53%), para una incidencia de 361 por 100.000 habitantes; en el 2006 en relación a año 2003 únicamente se incremento en 9.8 (4%) y en el 2007 en 18 (8%), para una incidencia de 253 eventos de varicela por 100.000 habitantes

En el 2004 la incidencia de TBC E y TBC P fue de 3.6 y 7.9 por 100.000 habitantes, logrando una reducción de 0.2 (5%) y 0.4 (5%) con relación al año 2003 que fue de 3.8 y 8.3 respectivamente. En el 2005 no presento variación la incidencia de TBC E y TBC P disminuyó en 2.4 (29%) en relación al 2003; en el 2006, se presentaron reducciones de 0.3 (8%) y 0.6 (7%) y finalmente en el 2007 la incidencia de TBC E y TBC P fue de 3.4 y 8.1 por 100.000 habitantes, es decir un descenso de 0.4 (11%) y 0.2 (2%) respectivamente.

4. ANÁLISIS DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA, REALIZADA POR LA ALCALDÍA DE PASTO A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD

Antes de entrar directamente a analizar la inversión en salud pública la cual se concreta en los proyectos de salud pública se analiza los ingresos de la dirección municipal de salud en cada año.

4.1 RENTAS E INGRESOS DE LA DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD DE LA ALCALDIA DE PASTO

Según las ejecuciones presupuestales de rentas e ingresos al finalizar el año 2004, los ingresos de la Dirección Municipal de Salud de la Alcaldía de Pasto ascendieron a \$ 34.119 millones, dentro de estos recursos los ingresos corrientes participaron con el 100%⁴⁷. Entre los ingresos corrientes se destacaron las transferencias nacionales que ascendieron a \$ 23.921 millones de pesos, y dentro de las transferencias nacionales resaltan los recursos recibidos por concepto de SGP (Sistema General de Participaciones) de salud, que ascendieron a \$ 20.832 millones logrando una participación de 87.1%

Tabla 11 VARIACIÓN ANUAL DE INGRESOS Y RENTAS DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO (2004 – 2007)

DESCRIPCION	2004*	2005*	VARIACION	VAR %	2006*	VARIACION	VAR %	2007*	VARIACION	VAR %
INGRESOS	34.119	43.057	8.938	26	52.891	9.834	23	62.044	9.153	17
INGRESOS CORRIENTES	34.119	43.057	8.938	26	50.631	7.574	18	58.882	8.251	16
TRANSFERENCIAS NACIONALES	23.921	27.828	3.907	16	38.198	10.370	37	54.099	15.901	42
SGP	20.832	16.859	-3.973	-19	17.232	373	2	35.516	18.284	106
COFINANCIACION	3.089	10.969	7.880	255	20.966	9.997	91	18.583	-2.383	-11
INGRESOS DE CAPITAL	0	0	0		2.260	2.260		3.161	901	40

Fuente: La presente Investigación

NOTA: Variaciones calculadas con datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de RENTAS e INGRESOS. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

*Valores en Millones de Pesos

47. Para mayor detalle de las participaciones porcentuales de los ingresos, ver anexos, Cuadro N. 5. RENTAS E INGRESOS. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO. (2004-2007)

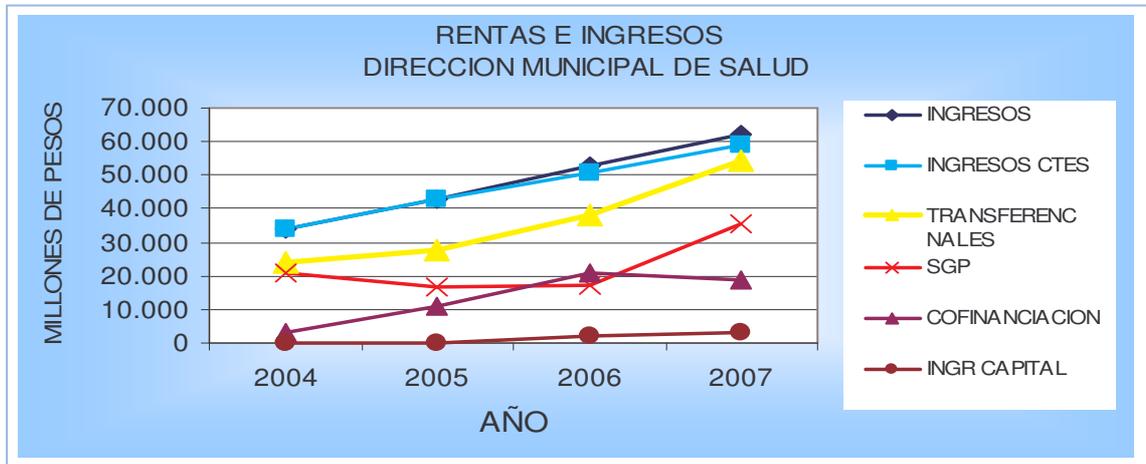
Al finalizar el año 2005, los ingresos de la Dirección Municipal de Salud de la Alcaldía de Pasto sumaron \$ 43.057 millones, con un incremento de \$ 8.938 millones (26%), comparado con el monto del 2004 que fue de \$ 34.119 millones, dentro de estos recursos los ingresos corrientes participaron con el 100 %.

Entre los ingresos corrientes se destacaron las transferencias nacionales que ascendieron a \$ 27.828 millones, \$3.907 millones (16%) más que la vigencia anterior. Entre las transferencias nacionales sobresalen los recursos transferidos por la nación para financiar el sector salud, los cuales sumaron \$16.859 millones, para una participación 60%, pero que significa una reducción de \$3.973 millones de pesos (19%), comparado con la suma del año anterior que fue de \$20.832 millones.

Durante el año 2006 la Dirección Municipal de Salud incrementó sus ingresos en \$9.834 millones, que equivalen a un 23% más con relación al anterior año, puesto que contabilizó \$ 52.891 millones, al concluir la vigencia fiscal. Dentro de estos recursos los ingresos corrientes participaron con el 96% y los de capital con 4 %. Entre los ingresos corrientes, las transferencias nacionales ascendieron 38.198 millones y entre estas transferencia se destacaron los recursos transferidos por la nación para financiar el sector salud que sumaron 17.232 millones de pesos, lo cual representa un incremento de tan solo 372 millones de pesos (2.2) con respecto al año anterior.

Al finalizar el año 2007, los ingresos de la Dirección Municipal de Salud de la Alcaldía de Pasto ascendieron a \$ 62.044 millones de pesos, suma superior en \$ 9.153 millones (17%), comparado con el monto del 2006 que fue de \$52.891 millones, dentro de estos recursos los ingresos corrientes participaron con el 94.9% y los de capital con el 5.1%. Entre los ingresos corrientes, cabe destacar el importante incremento de de las transferencias nacionales las cuales ascendieron a \$ 54.099 millones, \$ 15.901 millones (42%) mas que la vigencia anterior, lo cual se explica por el importante incremento de los recursos transferidos por la nación para financiar el sector salud, que sumaron \$ 35.516 millones de pesos, lo que representa un incremento de 18.284 millones de pesos, lo cual equivale a un incremento de 106.1 por ciento en relación a la vigencia fiscal anterior.

Grafica 8 TENDENCIA DE LOS INGRESOS Y RENTAS DE LA DMS, ALCALDIA DE PASTO



Fuente: La presente Investigación

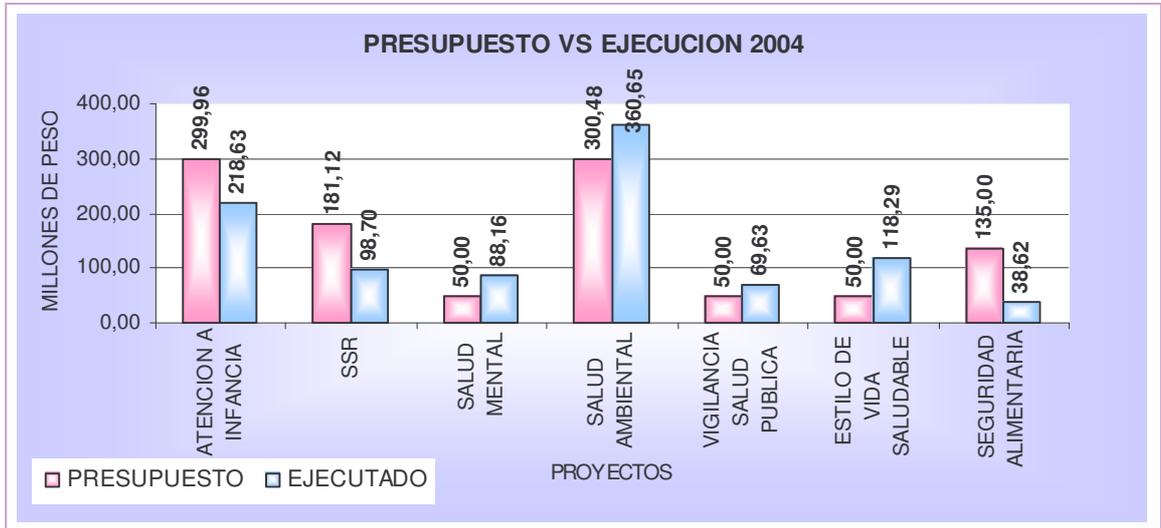
NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de RENTAS e INGRESO. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En resumen, se observa que los Ingresos de la Dirección Municipal de Salud, tuvieron una tendencia creciente, si se tiene en cuenta que en términos absolutos crecieron anualmente en promedio en 9.308 millones de pesos, no obstante, si se observa los incrementos porcentuales, estos cada año se redujeron en 3 puntos, ya que en el año 2005 el incremento fue de 26 por ciento, posteriormente en el 2006 y 2007 fue de 23 y 17 por ciento, respectivamente.

En lo referente a los recursos transferidos por la nación para financiar el sector salud (recursos determinantes, en el comportamiento de las transferencias nacionales, puesto que estos recursos alcanzaron en promedio una participación del 64% en las transferencias nacionales) tuvieron una tendencia decreciente en un primer momento y creciente en último año, puesto que en el 2005 presentaron una variación negativa \$3.973 millones de pesos, lo cual significa una disminución del 19 %, en relación al año anterior; pese a esta disminución en el 2006 tan solo se registró un ascenso del 2%, y finalmente el 2007 fue el de mayor ascenso, logrando un incremento de recursos en un 106 % con respecto al año anterior, esto con el propósito de incrementar la cobertura de aseguramiento en los niveles I,II y II del SISBEN, para dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley 100 del 93, Artículo 153, Principio 2: *Obligatoriedad:*” La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del *Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago*”; lo cual se ratifica en la Ley 1122 de 2007 (última reforma de la Ley 100 del 93), donde se manifiesta que el sistema general de seguridad social en salud alcanzará en los próximos tres años, (2006 - 2009) la cobertura universal de aseguramiento el los niveles I, II , II del SISBEN.

4.2 ANALISIS DE LOS RECURSOS EJECUTADOS CON RELACIÓN AL PRESUPUESTO

Grafica 9 PRESUPUESTO VS EJECUCIÓN 2004



Fuente: El presente Informe

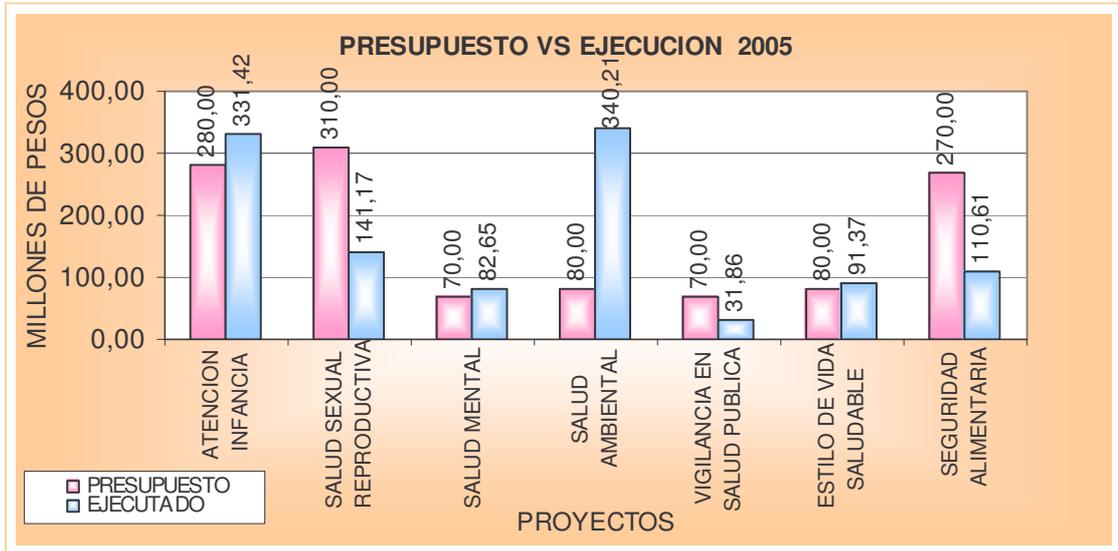
NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de Gastos e Inversiones. Vigencia Fiscal: 2004. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el año 2004, el proyecto Estilo de Vida Saludables se situó entre los mas bajos presupuestos⁴⁸ el cual fue de \$ 50, millones, sin embargo el porcentaje ejecutado fue de 237%, esto representa un incremento de \$ 68,29 millones por encima de lo presupuestado, logrando un total de ejecución de \$ 118.29 millones. Situación similar ocurrió con Salud Mental y Vigilancia en Salud Publica, para los cuales se presupuesto \$ 50 millones a cada proyecto, pero el porcentaje de ejecución fue de 176% y 139%, es decir, un incremento de \$38,16 millones y \$19,63 millones con relación a su presupuesto, obteniendo una inversión total de \$ 88,16 y \$69,63 millones respectivamente. Además cabe destacar que Salud Ambiental a pesar que tenía el mayor presupuesto de \$ 300,48 millones, la inversión ejecutada se incremento en \$ 60,17 millones, logrando un porcentaje de ejecución de 120%, para un total de inversión de \$ 360,65 millones en el 2004.

En este mismo año los menores porcentajes de ejecución presupuestal fueron de 28.61%, 54,5% y 73% correspondiente a los proyecto de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud Sexual y Reproductiva y Atención a la Infancia, puesto que tenía un presupuesto de \$135; \$ 181,12; y 299,96 millones de los cuales únicamente se ejecutaron \$ 38,62; \$ 98,7 y 218,63 millones; significando una reducción de \$ 96,38 y 82,42 y 81,3 millones respectivamente.

48. Ver Anexos, Cuadro N.7 INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PUBLICA AÑO 2004

Grafica 10 PRESUPUESTO VS EJECUCIÓN 2005



Fuente: La presente Investigación

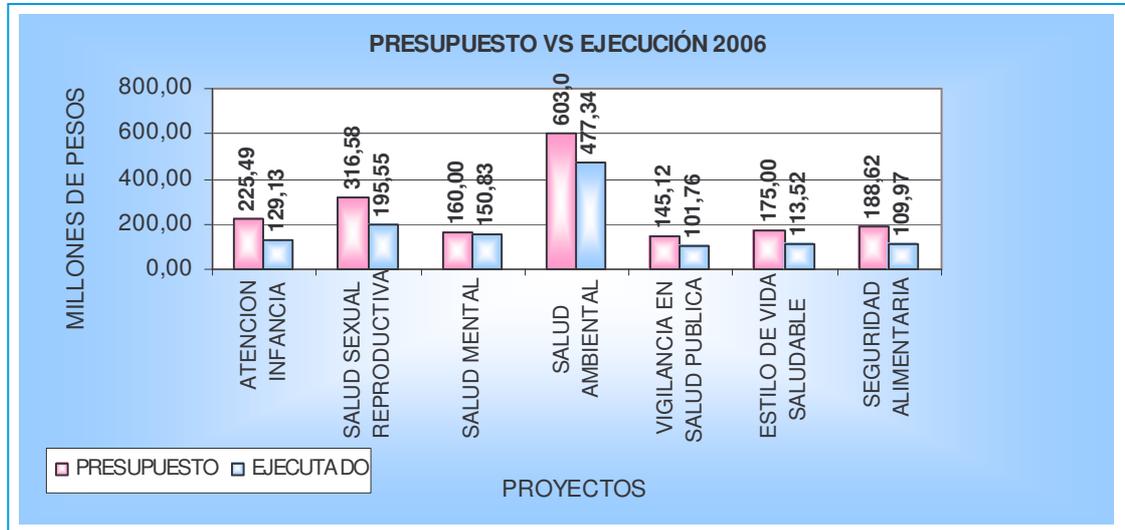
NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2005. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el 2005, el presupuesto⁴⁹ de Salud Ambiental se situó entre los mas bajos con \$80, millones, sin embargo el porcentaje ejecutado fue de 425%, esto representa \$260,21 millones mas de lo presupuestado, logrando una inversión total de \$340,21 millones. Otros que excedieron el valor presupuestado fueron los proyectos de Atención a la Infancia, Salud Mental y Estilo de Vida Saludables, los cuales tenían un presupuesto \$ 280 , \$ 70 y \$ 80 millones cada proyecto, pero su porcentaje de ejecución fue de 118.4%, 118.1% y 114%, lo cual equivale a un incremento de \$ 51,42 ; \$12,65 y \$11,37 millones con relación a su presupuesto, consiguiendo una inversión total de \$ 331,42; \$ 82,65 y \$ 91,37 millones respectivamente.

El proyecto de Seguridad Alimentaría y Nutricional obtuvo el menor porcentaje de ejecución presupuestal, el cual fue de 41%, es decir, se dejo de invertir alrededor de \$159 millones ya que su presupuesto fue de \$270 millones, de los cuales se ejecutaron tan solo \$ 110,61 millones. En similar circunstancias se hallaron los proyectos de Salud Sexual y Reproductiva y Vigilancia en Salud Publica puesto que con relación a lo presupuestado su inversión disminuyó en \$ 168,8 y \$ 38,4 millones respectivamente, para un porcentaje idéntico de ejecución del 45.5%.

49. Ver Anexos, Cuadro N.8 INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PUBLICA AÑO 2005

Grafica 11 PRESUPUESTO VS EJECUCIÓN 2006



Fuente: La presente Investigación

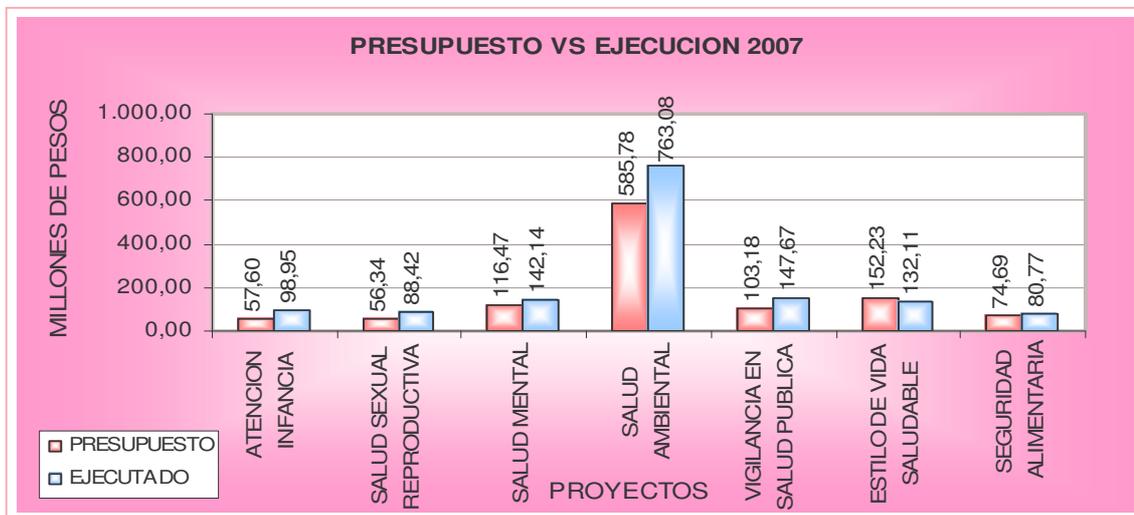
NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2005. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el año 2006, ningún proyecto ejecutó el 100% de la inversión presupuestada⁵⁰ el que mas cerca estuvo fue el de salud mental, ya que la inversión efectiva fue de \$150,83 millones, \$9,17 millones menos de su presupuesto, que fue de \$160 millones, logrando un porcentaje de ejecución del 94.3%; bajo ese mismo orden estuvo Salud Ambiental con un porcentaje de ejecución del 79,2%, es decir, su presupuesto se redujo en \$125,66 millones, para una inversión realizada de \$477,34 millones. Vigilancia en Salud Pública y Salud Sexual y Reproductiva alcanzaron un porcentaje de ejecución de 70% y 63%, puesto que se dejó de invertir \$ 61,48 y \$121 millones de su presupuesto el cual fue de \$ 145,12 y \$ 316,56 millones, para un monto real de inversión de \$101,76 y \$195,55 millones respectivamente.

Atención a la Infancia, Seguridad Alimentaria y Estilo de Vida Saludable se ubicaron entre los mas bajos porcentajes de ejecución con 57.3%. 58.3% y 65%, es decir, \$96,37; \$78,65 y \$61,48 millones menos de su presupuesto, logrando una inversión efectiva de \$129,13; \$109,97 y \$113,52 millones respectivamente.

50. Ver Anexos, Cuadro N.9 INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA AÑO 2006

Grafica 12 PRESUPUESTO VS EJECUCIÓN 2007



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2005. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En cuanto al 2007, Estilo de Vida Saludable, fue el único proyecto que presentó una reducción de \$20,12 millones, con respecto al valor presupuestado⁵¹ el cual fue de \$152,23 millones, para una inversión efectiva de \$132,11 millones, representando un porcentaje de ejecución del 86.8%.

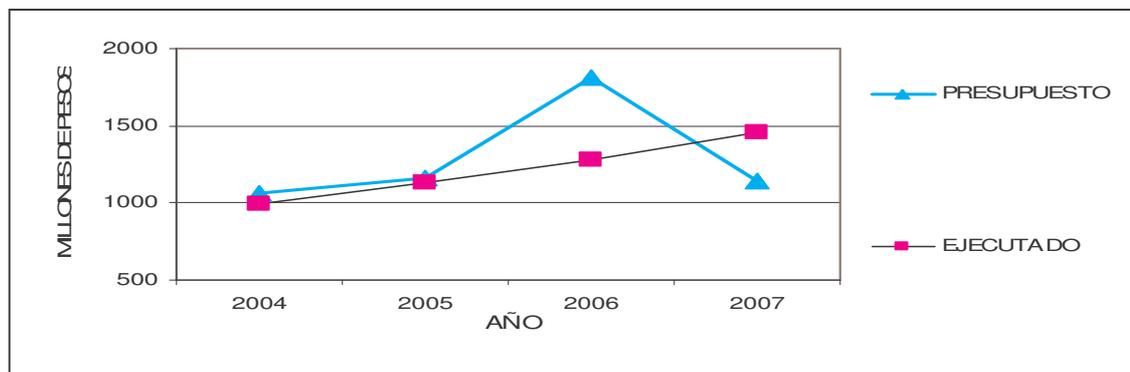
El presupuesto de Atención a la Infancia y Salud Sexual y Reproductiva se ubicó entre los montos mas bajos con \$ 57,60 y \$ 56,34 millones, sin embargo sus porcentajes de ejecución fueron los mejores con 171.8% y 156.9%, esto representa \$ 41,35 y \$32,08 millones mas de lo presupuestado, logrando una inversión total de \$ 98,65 millones y 88,42 millones. Situación muy similar pasó con Vigilancia en Salud Pública, el cual logró una inversión realizada de \$147,67 millones; \$ 44,49 millones mas de lo presupuestado valor que fue de \$103,18 millones, para un porcentaje de ejecución de 143.1%

El presupuesto para Salud Ambiental fue el mas alto con \$585,78 millones y su porcentaje de ejecución fue de 130%, es decir, \$177,29 millones mas, para un total de inversión efectuada de \$763,08 millones. Salud Mental obtuvo un cumplimiento presupuestal de 122%, es decir, \$25,67 millones mas, para un total de recursos ejecutados de \$142,14 millones. El proyecto Seguridad Alimentaria y Nutricional fue el que menos se benefició de la situación, puesto que su presupuesto se situó en \$74,69 uno de los más bajos y su porcentaje ejecución fue 108%, es decir, su inversión efectuada únicamente se incrementó en \$6 millones, para una inversión efectuada de \$80,77 millones.

51. Ver Anexos, Cuadro N.10 INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PUBLICA AÑO 2007

4.3 INVERSIÓN TOTAL EN PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA

Grafica 13 INVERSIÓN TOTAL PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA (2004-2007)



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de: RENTAS e INGRESO Y GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO
DATOS EN MILLONES DE PESOS

En el año 2004, el presupuesto para los proyectos de salud pública fue de \$1.066.56 millones, de lo cual se ejecutó \$ 992.68 millones, logrando un cumplimiento presupuestal del 93.07 % lo cual significa que \$ 73.89 millones se dejaron de ejecutar.

En el 2005, se dejó de invertir en los proyectos de Salud Publica \$ 30.72 millones, puesto que el presupuesto para este año fue de \$ 1.160 millones, de lo cual se ejecutó \$ 1.129 millones, alcanzando un cumplimiento presupuestal del 97,4%. Si se tiene en cuenta solo los valores ejecutados, se observa que el incremento fue de \$136.6 millones, que en cifras porcentuales equivale a 14% con respecto al año anterior.

El año 2006 fue el año de mayor incremento presupuestal con un ascenso de \$ 671.81 millones, que en valores porcentuales equivale a un 58 % con relación al año anterior; comportamiento que se anula, si tenemos en cuenta que este mismo año fue el de menor cumplimiento presupuestal con 70.5%, lo cual representa un valor no ejecutado \$ 535.72 millones y un monto de inversión en los proyectos de salud pública por \$1278.09 millones. Si únicamente se asume los valores ejecutados, se aprecia que pese al importante incremento del presupuesto (58%) y dado el menor cumplimiento presupuestal (70.5%), los recursos invertidos en los proyectos con respecto al 2005 se incrementaron en \$148.8 millones, cifra equivalente al 13%, lo cual representa un descenso de 1 punto porcentual, puesto que el año anterior el incremento de ejecución fue del 14%.

52. Ver anexos, CUADRO N. 12 INVERSION TOTAL PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA (2004-2007)

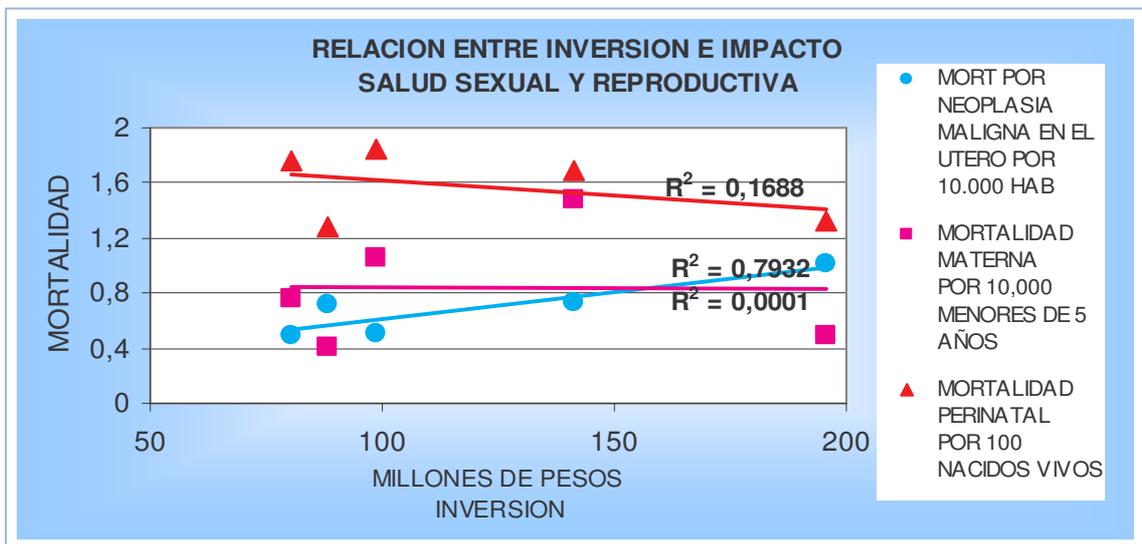
Situación similar a la del 2006, ocurre en el 2007, pero en forma contraria. Este año fue el de menor incremento presupuestal, incluso la variación fue negativa en \$ 667.51 millones, representando una reducción del 37% con respecto al año anterior; comportamiento que se atenúa, si tenemos en cuenta que este mismo año fue el de mayor cumplimiento presupuestal, inclusive sobrepasando el total de monto presupuestado (126.8%), lo cual representa \$ 306.83 millones mas ejecutados en la inversión en los proyectos de salud pública que lograron una suma total de \$ 1453.14 millones. Si solamente se asume los valores ejecutados, se aprecia que dado el considerable descenso (37%) y pese al importante incremento (126.8%) presupuestal, los recursos invertidos en los proyectos se incrementaron en \$ 175 millones, cifra equivalente al 14%, lo cual representa igual incremento porcentual con relación al 2005 y un ascenso de 1 punto porcentual con respecto al 2006, puesto que para el año 2005 y 2006 el incremento porcentual de ejecución fue del 14% y 13% respectivamente.

4.4 ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA EN LOS INDICADORES DE CADA PROYECTO

En las ejecuciones presupuestales, no se discrimina la Inversión realizada en los proyectos de: Prevención de ITS, VIH/SIDA en el Municipio de Pasto y Mejoramiento de la Detección Temprana de Cáncer de Cervix, es decir, el monto de estas inversiones se incluyen en la Inversión del Proyecto:

4.4.1 Implementación al fortalecimiento del programa de atención al joven en salud sexual y reproductiva en el municipio de Pasto.

Grafica 14 RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el año 2004 la mortalidad por cáncer de cervix se situó en 0.51, lo cual representa un incremento de 0.02 (4%) frente a la incidencia del anterior año, la cual fue de 0.49 por 10.000 habitantes; la tasa de mortalidad materna y mortalidad perinatal fue de 1.06 por 10.000 menores y 1.84 por 100 nacidos vivos, respectivamente, constituyendo un incremento de 0.3 (39%) y 0.9 (5%) con respecto al año 2003, año en el cual, la mortalidad fue de 0.76 por 10.000 habitantes y 1.75 por 100 NV.

En el año 2005 a pesar que la Inversión realizada en los proyectos de Salud Sexual y Reproductiva fue de 331.42 millones, 112.79 millones mas (51.6%) que la vigencia anterior; la mortalidad por cáncer de cervix y la mortalidad materna continuaron su tendencia de crecimiento en 0.22 (40%) y 0.7 (95%) con respecto al 2003, para ubicarse en 0.73 por 10.000 habitantes y 1.48 por 100 NV.

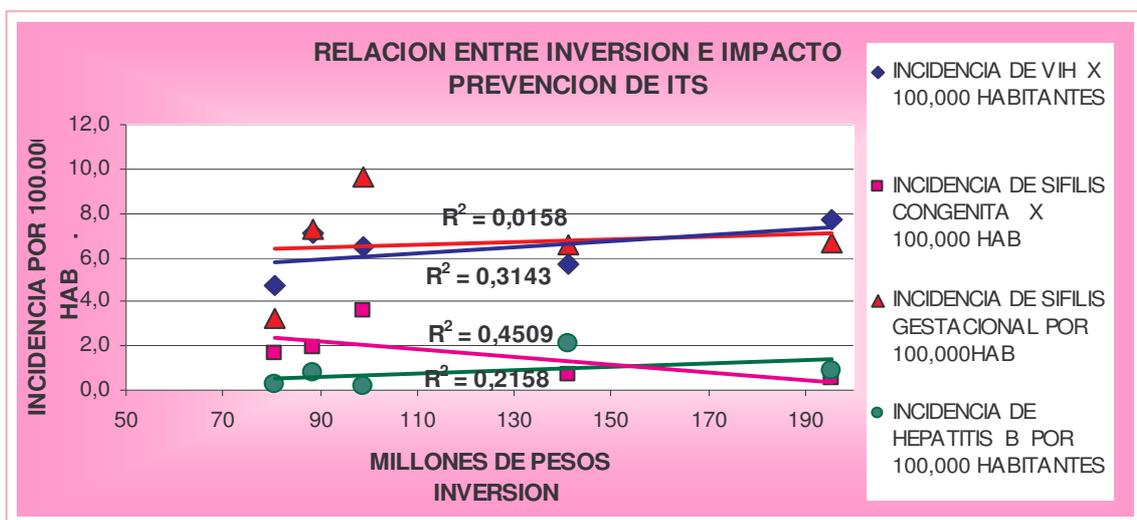
La mortalidad perinatal mostró una tendencia acorde con el incremento de inversión, ya que disminuyó en 0.07 (4%), para ubicarse en 1.69 por 100 NV. En lo que respecta al 2006 la inversión ejecutada fue por \$195,55 millones logrando un ascenso de 54,38 millones equivalentes al 38% con respecto al año anterior, a pesar de este incremento, la mortalidad por cáncer de cervix continuo incrementándose, este año, fue el de mayor incremento el cual fue de 0.53 (108%), alcanzando una tasa de 10.2 muertes por 100.000 habitantes. La mortalidad materna disminuyó 0.3 (36%) y la mortalidad perinatal en este año presento el mayor descenso de 4.4 (25%) con respecto al 2003, logrando una incidencia de 0.49 por 10.000 menores de 5 años y 1.32 por 100nv respectivamente.

En cuanto al 2007 la inversión realizada fue de \$88.42 millones, \$107,3 millones menos (55%) que el año anterior, reducción que se reflejó en los indicadores, puesto que mortalidad por cáncer de cervix se incrementó 0.2 (47%), logrando una incidencia de 0.72 por 10.000 habitantes. A pesar de la importante disminución de la inversión la mortalidad materna y la mortalidad perinatal lograron disminuir 0.4 (46%) y 4.8 (27%) con respecto al 2003, para una incidencia en el 2007 de 0.41 por 10.000 menores de 5 años y 1.28 por 100 NV.

ANÁLISIS

De acuerdo con lo puntos de dispersión (GRAFICA N. 14) indican que hay una relación positiva entre inversión y mortalidad por cáncer de útero, puesto que los datos tienen un buen ajuste, lo cual se ratifica con el $R^2 = 0.79$; pero esta relación positiva es desfavorable en términos de impacto, pues expresa que a medida que la inversión se ha incrementado, la mortalidad por cáncer de útero también se ha incrementado, por lo tanto la inversión no ha incidido en el indicador en la forma esperada. Con respecto a la mortalidad materna, los puntos de dispersión evidencian que no hay una relación aparente entre Inversión y Mortalidad Materna, lo cual se confirma con el $R^2 = 0.0001$, por lo tanto la inversión no ha incidido en el avance del indicador. Con respecto a la relación entre inversión y mortalidad perinatal, los puntos de dispersión evidencia que hay una aparente relación negativa, sin embargo el $R^2 = 0.168$, significa que no hay un buen ajuste entre los datos y la línea de tendencia, es decir que la proporción del cambio del indicador, no es atribuible a los cambios en la inversión.

Grafica 15 RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el 2003 la incidencia de VIH, Sífilis Congénita, Sífilis Gestacional y Hepatitis B fue de 4.7, 1.7, 3.2, 0.3 por 100.000 habitantes; en el 2004, las tres primeras se incrementaron en 1.8 (38%), 1.9 (112%) y 6.4 (200%); mientras que la incidencia de Hepatitis B disminuyó en 0.1 (33%), con respecto al año anterior. Mientras que la Inversión realizada en los proyectos concernientes con estos indicadores fue de 98,70 millones

En el año 2005 la incidencia de VIH, Sífilis gestacional y Hepatitis B aumentaron en 1.0 (21%), 3.4 (106%) y 1.8 (600%) con relación al 2003, alcanzando una incidencia de 5.7, 6.6, 2.1 por 100.000 habitantes respectivamente. La tendencia de Sífilis Congénita fue la que mas coincidió, es decir, una relación negativa, frente a u incremento del 52% en la inversión, la incidencia de Sífilis Congénita disminuyó en un 59%, equivalente a una reducción de 1.0, logrando una incidencia de 0.7 por 100.000 habitantes.

En el año 2006, la inversión se incrementó en un 38%, con respecto al año anterior; mientras que la incidencia de VIH, sífilis Gestacional y Hepatitis B aumentó en 3.0 (64%), 3.5 (109%) y 0.6 (200%), para una incidencia de 7.7, 6.7 y 0.9 por 100.000 habitantes respectivamente; la incidencia de Sífilis Congénita continuó disminuyendo, así en este año logró una variación negativa acumulada de 1.2 (71%) para una tasa de 0.5 por 100.000 habitantes.

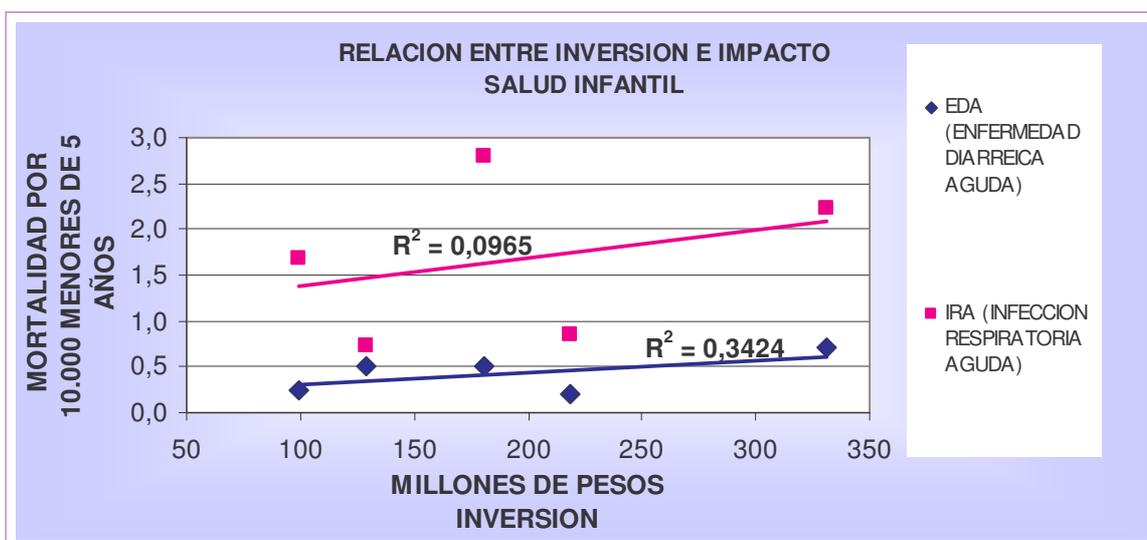
En el 2007 la inversión se redujo alrededor del 55%, con relación al año anterior, mientras que la incidencia de VIH, Sífilis Congénita, Sífilis Gestacional y Hepatitis B, se incrementó en 2.4 (51%), 0.2 (12 %), 4.1 (128%) y 0.5 (166%), alcanzando una incidencia de 7.1, 1.9, 7.3, y 0.8 por 100.000 habitantes, respectivamente.

ANÁLISIS

De acuerdo con los puntos de dispersión (GRAFICA N. 15) se asocian más hacia una relación positiva entre inversión – incidencia de VIH e Inversión – incidencia de Hepatitis B, a pesar que la relación no es muy evidente, lo cual se corrobora con el $R^2 = 0.31$ y $R^2 = 0.22$; esta relación positiva es desfavorable en términos de impacto, pues expresa que a medida que la inversión se ha incrementado, la incidencia de VIH y Hepatitis B, se han inclinado en la misma dirección. Con respecto a la relación entre inversión y Sífilis Congénita los puntos de dispersión se orienta hacia una relación inversa, es decir, frente a incrementos de la inversión este indicador a logrado disminuir, sin embargo los datos presentan un regular ajuste a la línea de tendencia ya que el $R^2 = 0.45$. Los puntos de dispersión no muestran relación alguna entre inversión y Sífilis Gestacional, esto se corrobora con el $R^2 = 0.015$, es decir, no se evidencia una relación aparente entre las mencionadas variables.

4.4.2 Mejoramiento del estado de salud de la población infantil y escolarizada del municipio de Pasto

Grafica 16 RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el año 2003 la incidencia de mortalidad infantil por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) fue de 0.5 por 10.000 menores de 5 años y la mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) fue de 2.8 por 10.000 menores de 5 años. En el año 2004 la inversión realizada en el Proyecto Mejoramiento del Estado de Salud de la Población Infantil y Escolarizada del Municipio de Pasto fue de \$218,63 millones. En este año la mortalidad infantil por EDA disminuyó en 0.3 (60%); y la

incidencia de mortalidad infantil por IRA disminuyó en 1.9 (70%) respecto al año anterior, logrando una tasa de 0.2 y 0.85 por 10.000 menores de 5 años, respectivamente.

En el 2005 la inversión realizada fue \$331.42 millones lo cual significa un incremento de 112 millones, en cifras porcentuales un incremento del 51% con respecto al año anterior, pese a este incremento la mortalidad infantil por EDA fue de 0.7 por 10.000 menores de 5 años, lo cual representa un incremento de 0.2 (40%); en cuanto a la mortalidad por IRA logró estar acorde con el incremento de la inversión, ya que presentó un descenso de 0.6 (20%) respecto al año 2003; pero en el 2006 pasó lo contrario, pese al significativo descenso de la inversión de \$202.29 millones, la mortalidad por IRA, presentó una reducción de 2.1 (74%), la mayor de los últimos cuatro años. Mientras que en la mortalidad por EDA, no se observó variación con respecto al año base, es decir la incidencia fue de 0.5 por 10.000 menores de 5 años, igual al 2003, pero con respecto al año anterior se incrementó en 0.2.

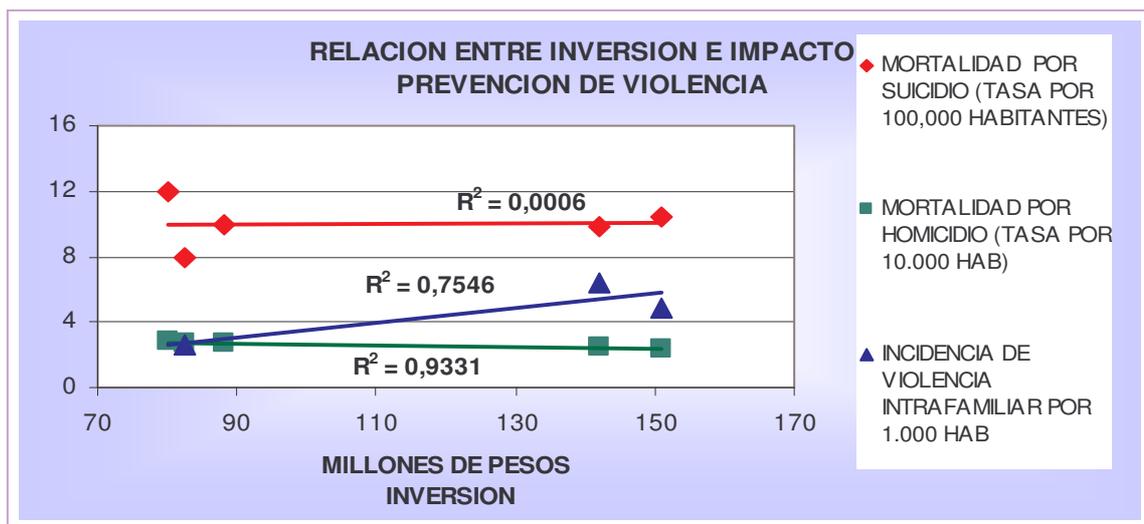
En el 2007, al igual que el año anterior la inversión en el Proyecto de Atención a la Infancia sufrió un descenso importante, de 30.18 millones (23%) con relación al año anterior; en contraste a esta situación la mortalidad infantil por EDA e IRA disminuyó en 0.3 (52 %) y 1.1 (40%) en relación al año base, situándose en una incidencia de 0.24 y 1.68 por 10.000 menores de 5 años.

ANÁLISIS

Los puntos de dispersión (GRAFICA N. 16) entre inversión – Mortalidad por EDA, se inclinan hacia una relación positiva, esto significa que el indicador se ha incrementado frente a incrementos de la Inversión, sin embargo el $R^2 = 0.34$, por lo tanto las variaciones de la inversión explican muy poco las variaciones del indicador. Los puntos de dispersión correspondientes a la Inversión - mortalidad por IRA no muestran relación alguna, esto se corrobora con el $R^2 = 0.015$, es decir, no se evidencia una relación aparente entre las mencionadas variables.

4.4.3 Implementación fortalecimiento de habilidades psicosociales para la prevención de la violencia intrafamiliar, violencia autoinfligida y consumo de SPA

Grafica 17 RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el año 2003 los indicadores de mortalidad violenta por suicidios y homicidio se ubicó en 12 y 28 por 100.000 habitantes, en el 2004 estos indicadores disminuyeron en 2 (16.6%) y 1 (3.6%) respectivamente, en relación al año anterior; y la inversión ejecutada en el proyecto de salud mental fue de 88.16 millones. En el 2005 los indicadores de mortalidad por suicidio y homicidio continuaron con variación negativa de 4 (33.3%) y 1(3.6) respectivamente, con relación al 2003; mientras que la inversión en este proyecto alcanzó un monto de 82.65 millones, representando un descenso de 5.52 millones en valor porcentual del 6.3% con respecto al año anterior, descenso no muy significativo, razón por la cual, los indicadores posiblemente alcanzaron a disminuir. En este año se construye línea base para el indicador de violencia intrafamiliar, el cual fue de 255 por 100.000 habitantes, reportándose 1081 casos en este año.

En lo referente al 2006, la Inversión efectuada en el 2006 en este proyecto, presentó el mayor incremento, el cual fue de 68.18 millones, con respecto al años anterior (82.5%) alcanzando así, un monto de 150.83 millones, aspecto que estuvo acorde con los indicadores, ya que el de mortalidad por suicidio se redujo en 1.6 (13.3%) y la incidencia de mortalidad por homicidio en este año presentó la mayor reducción, la cual fue de 4.1 (14.6%) respecto al año 2003. La violencia intrafamiliar en el 2005 fue de 255 y en el 2006 de 488 casos reportados por

100.000 habitantes, este significa un incremento en 23.3 puntos (91%), incremento que no es del todo negativo, ya que posiblemente a causa de estos programas de información y educación la comunidad esta perdiendo el miedo a denunciar.

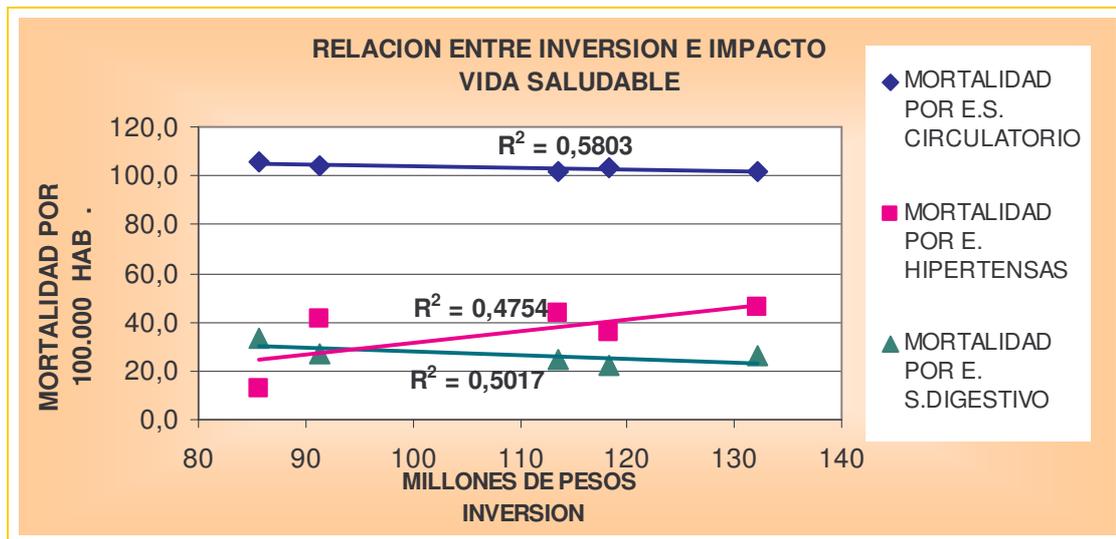
En el 2007 los recursos invertidos en el proyecto de salud mental sumaron 142.14 millones, lo cual representa un pequeño descenso de 8.69 millones, en términos porcentuales de 5.8%, situación que no se reflejó en los indicadores, puesto que estos mantuvieron su tendencia al descenso, en relación al año base, logrando así que la incidencia de mortalidad por suicidio y homicidio fue de 9.8 y 25.1, significando una reducción de 2.2 (18.3%) y 2.9 (10.4%) respectivamente. Entre tanto se incrementaron los casos reportados de violencia intrafamiliar, alcanzando una incidencia de 639 por 100.000 habitantes, para un incremento de 38.4 puntos (151%) en relación al año 2005.

ANÁLISIS

Por lo anterior y de acuerdo con los puntos de dispersión (GRAFICA N. 17) correspondiente a la incidencia de violencia intrafamiliar, se puede decir que existe relación positiva, lo cual se corrobora con el $R^2= 0.75$, por lo tanto, a incrementos de la inversión, este indicador reacciona en igual sentido, lo cual por una parte es desfavorable porque indica que se incrementa los casos reportados por violencia, pero por otra parte, posiblemente puede ser que las campañas en contra de todo tipo de violencia esta incidiendo, porque los afectados ya están denunciando. En lo relacionado a mortalidad por suicidio, pese a los grandes esfuerzos en incrementar recursos este indicador no ha reaccionado de igual forma, esto se reafirma con el $R^2= 0.0006$, es decir, no se evidencia relación alguna entre la inversión y el indicador. Los puntos de dispersión muestran una relación inversa entre inversión y mortalidad por homicidio, es decir, frente a incrementos de inversión el indicador a logrado disminuir, esto se corrobora con el buen ajuste entre los datos y la línea de tendencia, ya que el $R^2 = 0.93$.

4.4.4 Mejoramiento de estilos de vida saludables en el municipio de Pasto

Grafica 18 RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el 2003 la incidencia de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, del sistema digestivo y enfermedades Hipertensas fue de 105.7, 33.2 y 12.8 por 100.000 habitantes, respectivamente. En el 2004 la mortalidad por Enfermedades del sistema digestivo presentó el mayor descenso, el cual fue de 10.8 (33%), la mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio disminuyó en 2 (1.9%) y la mortalidad por enfermedades hipertensas presentó un preocupante incremento de 22.8 (178%) con relación al 2003; al igual que en el año 2004, en el 2005, el más importante descenso fue de 6.3 (19%) correspondiente a mortalidad por Enfermedades del sistema Digestivo, y la reducción no más importante que la anterior fue de 1.8 (1.7%) correspondiente a la mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio. La Inversión efectuada en el proyecto Estilo de Vida Saludables en el 2005 fue de 91.37 millones, esto indica una disminución de 22.76%, es decir, 26.92 millones, en relación al año anterior, la cual fue de 118.9 millones. En este año a pesar que la Inversión se redujo, los indicadores mencionados continuaron con la tendencia descendente.

La Inversión realizada en el 2006 se incrementó en 24%, es decir, \$22.15 millones más, logrando así un monto total de 113.52 millones, a pesar de este incremento la mortalidad asociada a enfermedades hipertensas continuó con su tendencia de crecimiento la cual en este año se incrementó en 30.6, expresado en términos porcentuales 239%; mientras que la mortalidad a causa de

enfermedades del sistema circulatorio y digestivo presentaron un descenso de 3.6 (3%) y 7.2 (22%) respecto al año 2003.

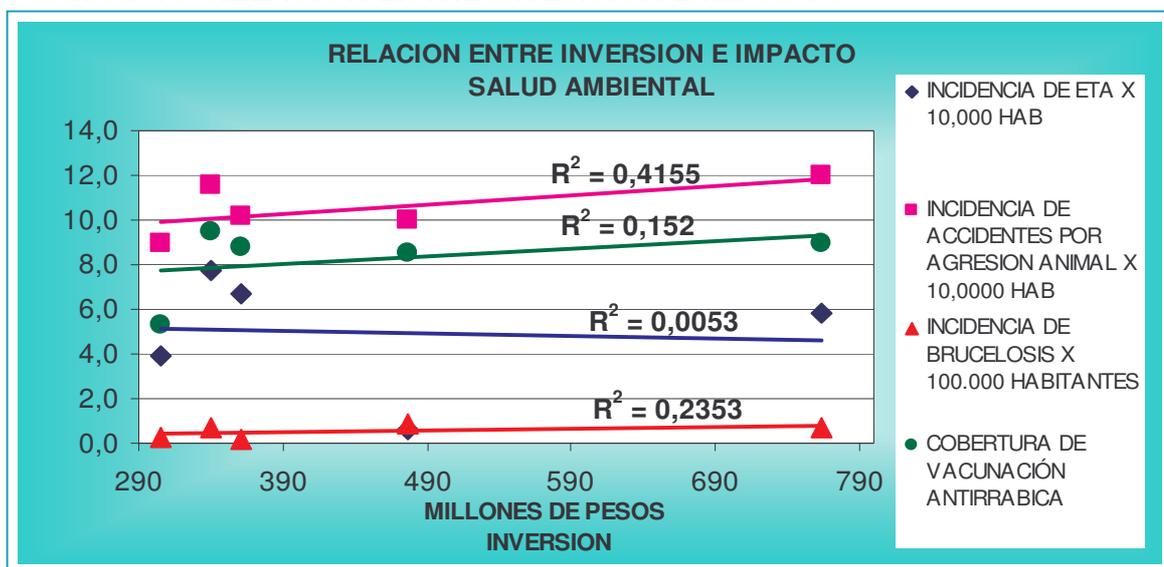
En el 2007 la incidencia de mortalidad por Enfermedades del sistema digestivo presentó el mas importante descenso, el cual fue de 7.2 (22%), mientras que la mortalidad asociada a enfermedades del sistema circulatorio fue de 3.6 (3%) descenso al igual que los anteriores años, poco representativo con relación al año base, situación que ajusta con el incremento de la inversión en 16.4%, es decir, 18.59 millones mas, en relación al año anterior, logrando una inversión por 132.11 millones. Aspecto que no logró reflejarse en la mortalidad por enfermedades hipertensas, la cual se incrementó en 33.2 (259%), puesto que en el año base la incidencia fue de 12.8 en el 2007 alcanzó una incidencia de 46 por 100.0000 habitantes.

ANÁLISIS

Con respecto a lo anterior y de acuerdo con los puntos de dispersión (GRAFICA N. 18) correspondientes al indicador de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, se puede decir que ha disminuido, pero no ha sido muy sensible ante los incrementos de la inversión y además los datos presentan regular ajuste a la línea de tendencia ya que el $R^2 = 0.58$. Entre Inversión y mortalidad por enfermedades hipertensas, el $R^2 = 0.48$, es decir que se presenta un regular ajuste, sin embargo la dispersión de puntos se orientan mas hacia una relación positiva, aspecto desfavorable puesto que la inversión se ha incrementado, y este indicador también lo ha hecho de forma importante. Entre las variables inversión y Mortalidad por enfermedades del sistema digestivos, el $R^2 = 0.5$ manifiesta un regular ajuste de los datos, pero los puntos de dispersión evidencian relación negativa, ya que cuando la inversión aumenta, el indicador tiende a disminuir.

4.4.5 Salud ambiental

Grafica 19 RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

Salud Ambiental concentra los proyectos de Control y Seguimiento a las Juntas Administradoras de Acueducto en la Zona Urbana y Rural y Control de Factores de Riesgo en Zoonosis en el Municipio de Pasto, con respecto al comportamiento de los indicadores concernientes a estos proyectos, se identificó que en el 2003 la incidencia de ETA (Enfermedades Transmitidas por Alimento) fue de 3.9 por 10.000 habitantes, la incidencia de accidentes por agresión animal fue de 8.9 por 10.000 habitantes, la incidencia de brucelosis fue de 0.3 por 100.000 habitantes y la cobertura de vacunación antirrábica en ese año estaba alrededor del 53%. En el 2004 la incidencia de ETA se incrementó en 27.2 (69%), para una incidencia de 6.6 por 10.000 habitantes; los accidentes por agresión animal en 12.3 (14%), la incidencia de brucelosis disminuyó en 0.1 (33%) y la cobertura de vacunación antirrábica alcanzó el 88 %, representando un incremento de cobertura del 35%; mientras que la inversión en salud ambiental fue de \$ 360,65 millones.

En el 2005 la inversión alcanzó un monto de \$340,21 millones, \$20.43 millones menos (5.67%), que la vigencia anterior; aspecto que se ajustó con el incremento en la incidencia de ETA, de brucelosis y accidentes por agresión animal, incrementos que fueron de 37.9 (96%), 0.4 (133%) y 26.9 (29%) respectivamente; en contraste la cobertura de vacunación antirrábica alcanzó un 94.7 %.

En el 2006 mientras la inversión ejecutada fue \$477,34 millones, \$137.13 millones (40%) mas que la vigencia anterior, los accidentes por agresión animal y la incidencia de brucelosis aumento en 10.5 (12%) y 0.6 (200%) con relación al año 2003 y la cobertura de vacunación antirrábica cayó al 85%. En este año la incidencia de ETA, estuvo acorde con el comportamiento de la inversión, dado que ante el incremento de la inversión de 40%, disminuyó en 19 puntos (48%) este indicador.

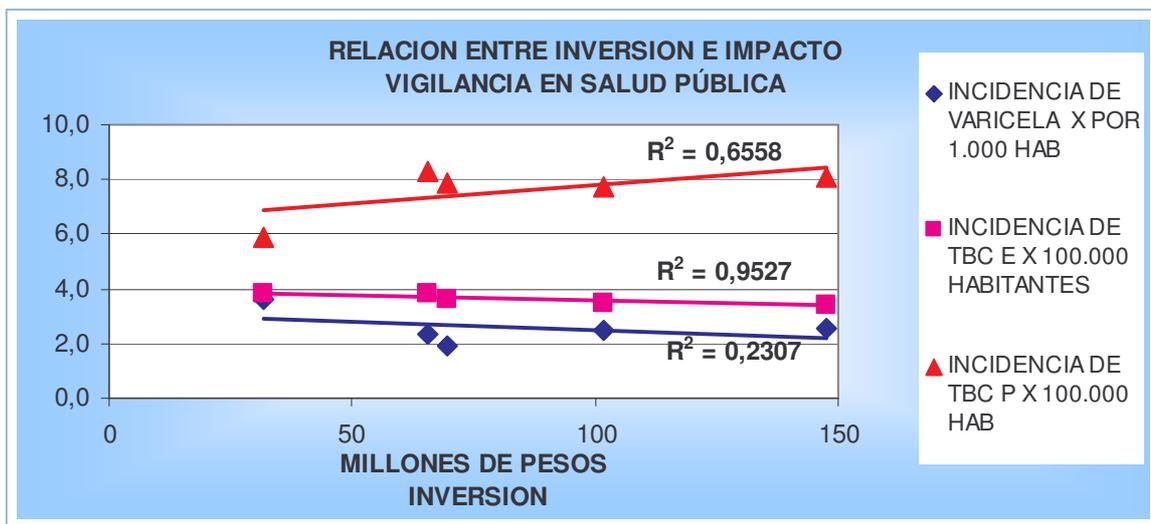
En el 2007 la inversión continuó incrementándose de forma significativa, en este año lo hizo en un 60%, equivalentes a \$285 millones mas con respecto al anterior año, lo cual no se reflejó en la incidencia de ETA y los accidentes pro agresión animal, puesto que se incrementó en 19.0 (48%) y 30.7 (34%), la cobertura de vacunación antirrábica si estuvo acorde con el incremento de la inversión ya que se incremento en 5% con respecto al año anterior y 37% con respecto al año base, alcanzando una cobertura del 90% .

ANÁLISIS

Considerando los puntos de dispersión (GRAFICA N. 19), correspondientes a la incidencia de ETA y cobertura de vacunación antirrábica se observa que no hay relación alguna con la inversión, lo cual se corrobora con el $R^2 = 0.05$ y $R^2 = 0.15$, respectivamente, es decir la proporción del cambio de los indicadores, no es atribuible a los cambios en la inversión. Asimismo la incidencia de brucelosis y la incidencia de accidentes por agresión animal, presentan un deficiente ajuste, ya que el $R^2 = 0.23$ y $R^2 = 0.41$, respectivamente, y además los puntos de dispersión se orientan mas hacia una relación directa, por lo tanto, frente a incrementos de la inversión, estos indicadores tienden a incrementarse.

4.4.6 Mejoramiento y fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública en el municipio de Pasto

Grafica 14 RELACIÓN ENTRE INVERSIÓN E IMPACTO



Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

En el 2003 la incidencia de Varicela, TBC E (Tuberculosis extrapulmonar) y TBC P (Pulmonar) fue de 235, 3.8 y 8.3 por 100.000 habitantes, respectivamente. En el 2004 frente a una inversión \$69.63 millones la incidencia de Varicela, TBC E y TBC P disminuyó en 43.2 (18%), 0.2 (5%) y 0.4 (5%) alcanzando una incidencia de 192, 3.6 y 7.9 por 100.000 habitantes, respectivamente. En el año 2005, los recursos se redujeron en un 54%, para un monto de inversión de \$31.86 millones, reducción afín con la incidencia de varicela, la cual se incremento en 125,2 (53%) registrando una incidencia de 361 por 100.000 habitantes. TBC E, registró la misma incidencia del año base, la cual fue de 3.8 por 100.000 habitantes, por lo tanto no presentó variación; contraria a esta situación la TBC P, si presentó una importante reducción de 2.4 (29%) con relación al 2003.

La Inversión realizada en el 2006 se incremento en un 219%, es decir, \$70 millones mas, logrando así un monto total de \$101,76 millones, a pesar de este incremento, la incidencia de varicela perpetuó su tendencia de crecimiento en este año lo hizo en 9.8 (4%) con respecto al año anterior. TBC E y TBC P presentaron descenso de 0.3 (8%) y 0.6 (7%) descensos no muy significativos comparados con el de la inversión.

En el 2007 la situación fue muy similar a la del año anterior, inversión en Vigilancia en Salud Publica se incremento en \$45,92 (45%) millones, para un monto total de

inversión de \$147,67 millones, en contraste a esta situación favorable de incremento de recursos la incidencia de varicela se incremento en 18 (8%), TBC E y TBC P presentaron pequeños descenso de 0.4 (11%) y 0.2 (2%) con relación al año base, alcanzando una incidencia de 3.4 y 8.1 por 100.000 habitantes.

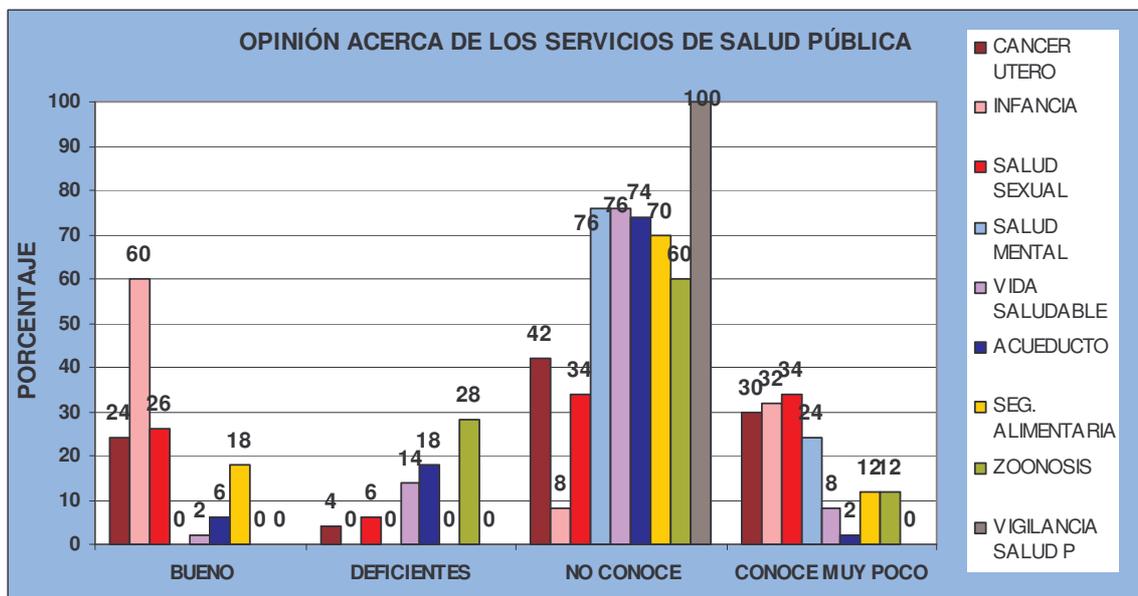
ANÁLISIS

Por lo anterior y de acuerdo con los puntos de dispersión (GRAFICA N° 20) entre inversión e incidencia de varicela no se evidencia claramente relación alguna, lo cual se corrobora con el $R^2 = 0.23$, por lo tanto, los cambios de la variable inversión, son muy poco explicativos de la variación experimentada por el indicador (incidencia de varicela). Entre Inversión e incidencia de TBC P, a pesar que los datos tienen un regular ajuste a la línea de tendencia dado que el $R^2 = 0.66$; los puntos de dispersión, manifiestan una relación positiva, aspecto adverso porque significa que frente a aumentos de la inversión, tiene a incrementarse los casos reportados de TBC P. Los puntos de dispersión muestran una relación inversa entre inversión y TBC E, situación favorable, ya que, frente a incrementos de la inversión el indicador a logrado disminuir, esto se corrobora con el buen ajuste entre los datos y la línea de tendencia, ya que el $R^2 = 0.95$

4.5 RESULTADOS DEL SONDEO DE OPINION

Como se observa generalmente los indicadores no reaccionan favorablemente a la inversión, lo cual, en cierta parte puede explicarse porque no hay proceso efectivo de llegar a la población, ya que de acuerdo con los resultados obtenidos en el sondeo de opinión, estos proyectos en un alto porcentaje no son de conocimiento para los encuestados, es así como; en cuanto al programa de cáncer de cervix, el 24 % correspondiente a solo mujeres, respondió que es bueno, un 4% afirmo que era un programa deficiente, el 42% en su mayoría hombres manifestaron no conocerlo y el 30% dijo que simplemente en medios de comunicación algo ha escuchado, es decir, alrededor del 72% de los encuestados no conoce este proyecto.

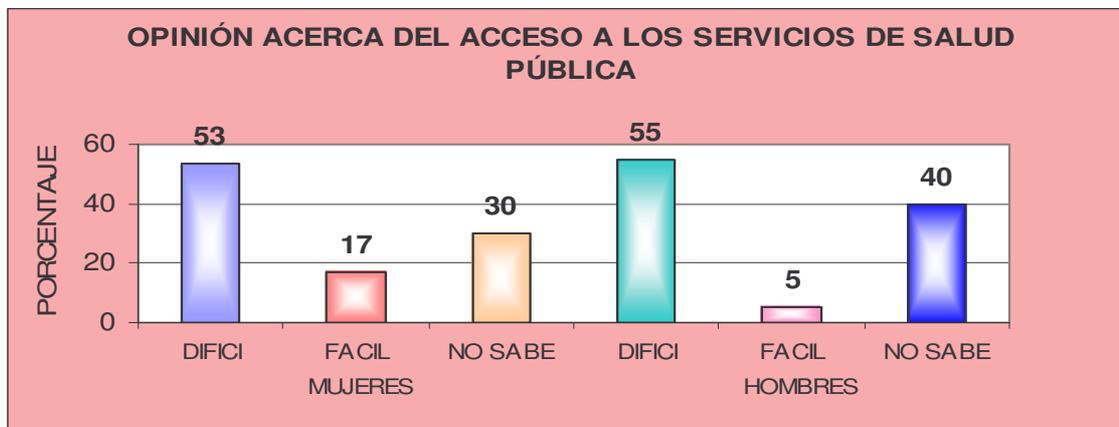
Grafica 21 OPINIÓN ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA



FUENTE: La presente investigación

Con relación al proyecto Mejoramiento del Estado de Salud de la Población Infantil y Escolarizada del Municipio de Pasto, el 60% de las personas encuestada dijo que era un buen programa principalmente en lo que se refiere a vacunación, el 32% manifestó que muy poco ha escuchado y el 8% no lo conoce. Con respecto al programa de salud sexual y reproductiva el 26% considera que son buenos los servicios, el 6% deficientes y el 34% conoce muy poco. Entre los proyectos menos conocido están, vigilancia en salud públicas ya que el 100% de los encuestados manifestó no conocerlo; le sigue salud mental y vida saludable con el 76%; Control y seguimiento a las juntas administradoras de acueducto en la zona urbana y rural con el 74% y Control de factores de riesgo en zoonosis en el municipio de Pasto con el 60%.

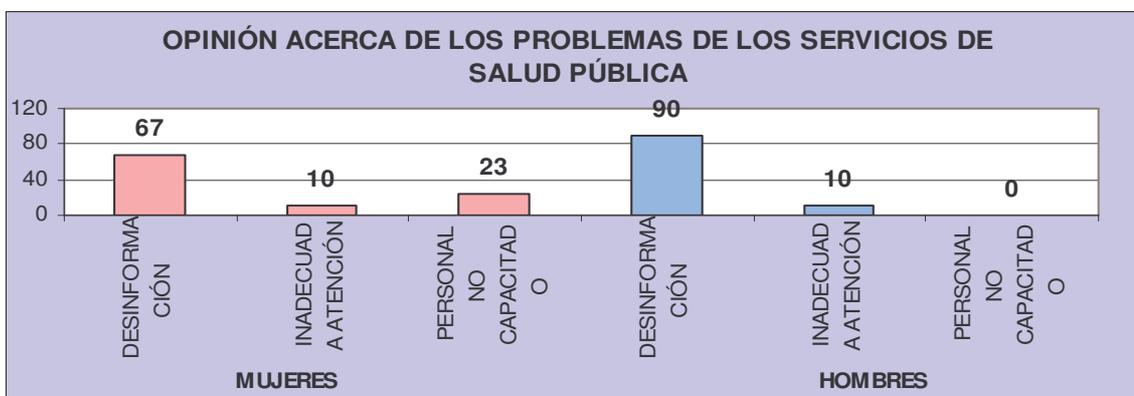
Grafica 22 OPINIÓN ACERCA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



FUENTE: La presente investigación

En relación al acceso a los servicios de salud pública, el 54% manifestó que es difícil, ya que se necesita de disponibilidad de tiempo, el 12% dijo que es fácil por pertenecer a estratos bajos, y el 34% respondió que no sabe, porque ni siquiera conoce estos programas.

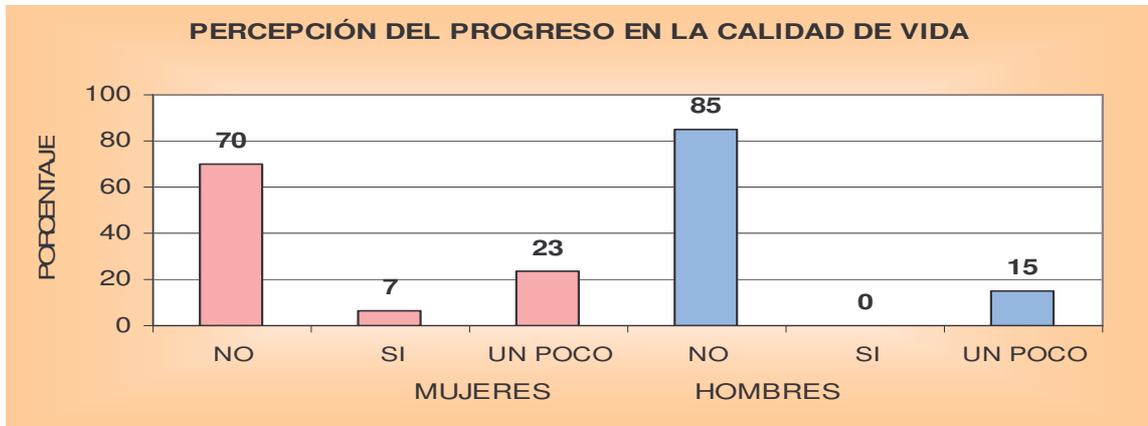
Grafica 23 OPINIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD



FUENTE: La presente investigación

Acerca de la opinión de los problemas de los servicios de salud pública, el 76% del total de los encuestados manifestó que la principal deficiencia está en la ausencia de información, en cuanto a programas que existen, de que formas se benefician, a que población esta focalizada, cuales son los requisitos para beneficiarse de estos programas. El 10% opinó la inadecuada atención y el 14% afirmó que el personal no capacitado es un problema, porque desmotiva ha vincularse a estos programas. Si observamos la gráfica ningún hombre encuestado piensa que un problema sea el personal no capacitado, en cambio para el 23% de las mujeres encuestadas si lo es; asimismo la desinformación es el principal problema para los dos géneros, pero en mayor proporción para los hombres.

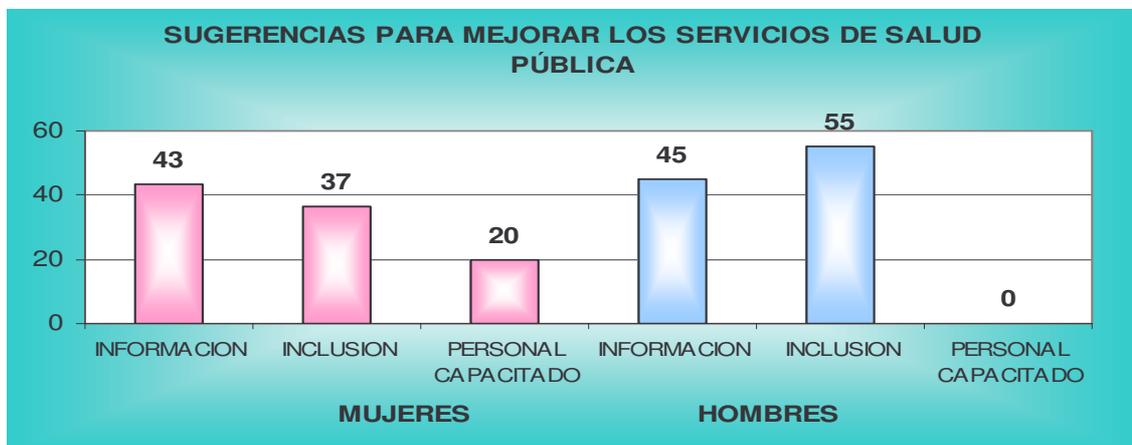
Grafica 24 PERCEPCIÓN DEL PROGRESO EN LA CALIDAD DE VIDA



FUENTE: La presente investigación

En cuanto a la percepción de la incidencia de estos programas en la calidad de vida el 70% de las mujeres encuestadas y el 85% de los hombres manifestaron que no; el 23% de las mujeres y el 15% de los hombres respondieron que muy poco, básicamente por los programas de salud sexual, atención a la infancia y cáncer de cervix; ningún hombre encuestado y solamente el 7% de las mujeres expresaron que si ha mejorado su calidad de vida.

Grafica 25 SUGERENCIA PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD



FUENTE: La presente investigación.

Como era de esperarse el 43% de las mujeres y el 45% de los hombres encuestados recomendaron mas información en cuanto al riesgo de enfermedades a que se expone la población; el 37% de las mujeres y el 55% de los hombres sugirieron que estos programas sean incluyentes especialmente a los sectores mas pobres; y el 20% de las mujeres que debe mejorar la calidad del personal que atiende directamente a los usuarios.

5. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE LA INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA SOBRE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE PASTO

Se debe empezar por reconocer la importancia de la Salud Pública, en la construcción de colectivos sanos y saludables, por lo cual debe consolidarse como un proceso de construcción de bienestar y un factor clave de desarrollo a través de la construcción de una política seria, que se ajuste a las necesidades sentidas de la región, para lo cual se requiere de esfuerzos organizados y articulados que apunten a resolver los problemas perpetuados y los emergentes en lo que a salud pública se refiere.

Primeramente, se deben definir prioridades en salud pública, para lo cual es fundamental que el proyecto de vigilancia en salud pública, se le de la importancia que amerita y que el coordinador cumpla efectivamente su función, el de vigilar la situación epidemiológica del municipio de Pasto; a través de informes detallados y confiables que revelen el tipo de enfermedades como infecciosas, crónicas, las enfermedades de la violencia social, las enfermedades emergentes y otras enfermedades que luego de haber sido controladas nuevamente son problemas de la salud pública y que están afectando a los diferentes grupos etarios de la población.

Para que el anterior proceso sea confiable, es necesario disponer de la información más precisa posible, minimizando los márgenes de error, y para ello es fundamental sensibilizar a todos los encargados del registro de la información, sobre la utilidad de seguir los procedimientos diseñados, explicando la importancia de su labor en la planeación, porque cuando no se sabe para qué se recoge la información y no se retroalimenta la actividad, disminuye el compromiso y baja la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Si bien, se ha avanzado en cuanto a sistemas de información se debe mejorar en cuanto segmentación de la información, de manera geográfica, etaria, y principalmente por comunas. Además se le debe dar utilidad a este proceso, es decir que no basta con consolidar gran cantidad de estadísticas, sino que éstas se acompañen de un análisis claro y concreto que ayude a identificar los eventos más incidentes y la población más afectada.

Después de conocer, se debe enfrentar la problemática de salud pública considerando que determinantes sociales como la inequidad en la distribución de los recursos, las limitaciones de acceso a fuentes de empleo y vivienda, la exclusión social, sean constituido en verdaderos riesgos para la salud pública y teniendo en cuenta que las necesidades son infinitas y los recursos limitados, es necesario iniciar un efectivo proceso de focalización, que asigne eficientemente

los recursos, es decir, dar prioridad a las necesidades urgentes y aumentar los esfuerzos para llegar hasta quienes no tienen acceso a los programas de atención en la salud, hay que recordar que la pobreza tiene efectos devastadores en la salud y el bienestar de los niños, adolescentes y adultos ya que la población pobre corre un gran riesgo de padecer de malnutrición y contraer diferentes enfermedades.

Es así como a través de sistemas de información, e investigación a través de visitas, se debe identificar los sectores más afectados y con mayor riesgo, para establecer la población objetivo y sobre estos grupos desarrollar acciones para lograr impactar positivamente en el estado de salud de la población y con ello en la calidad de vida a través de los diferentes proyectos de salud pública.

El éxito de un proyecto productivo equivale al máximo beneficio económico, pero en el caso de los proyectos sociales debe tenerse muy claro que el éxito equivale al progreso en las condiciones de vida de una comunidad, de ahí la necesidad que la formulación de Impacto sea el eje rector, ya que se asocia a las diferentes problemáticas que afectan directamente a la sociedad, las cuales crean la necesidad de proyectos y/o programas para remediar aquellas situaciones negativas como en el caso de la Salud Pública: el incremento de la mortalidad infantil, mortalidad materna, malnutrición, alta incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, alta mortalidad por enfermedades crónicas, entre otras.

La planeación en el campo de la salud pública, debe entender que la formulación de impacto básicamente se refiere a que los objetivos, indicadores, metas, estén orientadas a buscar un cambio directo en el estado de salud de un individuo o grupo, como: disminuir la mortalidad infantil por IRA, disminuir la mortalidad materna, disminuir la incidencia de VIH, etc., y para lograr estos cambios positivos, a partir de los mismos, se debe construir una serie de acciones, actividades o estrategias, como: Desarrollar un proceso de Información, Educación encaminado a promover y fortalecer factores protectores frente al ejercicio sano de la sexualidad en población joven⁵⁶; por lo tanto es equivocado incluir esta estrategia como *objetivo general* de un proyecto y si se establece como objetivo se debe precisar que este es un objetivo de producto, para alcanzar un objetivo de impacto y que entre los dos hay una grande diferencia, mientras el primero se orienta a cumplir ciertas actividades, el segundo tiene relación directa con el problema de salud pública.

Con respecto a las actividades, acciones o estrategias que realiza la Alcaldía de Pasto, a través de la Dirección Municipal de Salud; se debe reconocer que en salud pública el principal insumo es la información y la principal estrategia deber ser la difusión de la misma. Por lo tanto el suministrar información adecuada y

56. Objetivo General del proyecto: IMPLEMENTACION DE LA PREVENCION DE ITS, VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE PASTO

buscar mecanismo de difusión debe ser un proceso articulado con todos los sectores del nivel público y privado, donde el sector salud debe ser el que organiza y dirige, porque se supone que es quien mejor conoce la realidad en el tema de salud pública.

Además se debe propiciar un contacto mas directo y continuo con la población afectada, es decir los medios o estrategias deben dirigirse concretamente a fortalecer en los sectores mas vulnerables las oportunidades de información, educación, en servicios pertinentes, como el aumento de los conocimientos en salud reproductiva, a la población en general, pero es muy válido insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados; practicas saludables de convivencia, de actividad física, alimentación, entre otras; pero todas estas intervenciones deben ser de gran calidad, y de acuerdo con la problemática realista que originó el proyecto. Al mismo tiempo, no basta con simplemente educar a un número de personas para cumplir un objetivo de producto, ya que para que surja efecto de este proceso debe haber continuidad, con la finalidad de mejorar y preservar un buen estado de salud física y mental para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas.

Por lo tanto los coordinadores de los proyectos de salud publica deben trabajar inicialmente en un efectivo contenido de la información a suministrar y posteriormente dedicarse especialmente a difundir esta información primeramente entre la población objetivo, y al mismo tiempo generar mecanismos de llegar a toda la población; y no dedicar excesivo tiempo al diseño de cartillas, con lo cual, en primer lugar pierden el norte de su labor y en segundo lugar es un medio, que por ser costoso, únicamente se benefician los lideres de una comunidad por lo que es muy difícil asegurar que este medio tenga incidencia en la población. Por lo tanto se recomienda apoyarse en gran medida de material audiovisual, para suministrar información mas completa, didáctica y de forma interesante; además es un material eficiente, ya que es fácil de reproducir, es menos costoso que las cartillas y seguramente con más capacidad de generar efecto en la población. Con respecto a la divulgación de la información, se debe articular y comprometer a todos los sectores del nivel público y privado con la salud pública, de tal forma de que éstos independientemente, a través del material audiovisual, obviamente suministrado por la Dirección Municipal de Salud, proporcionen información útil en espacios propicios, es decir, espacios susceptibles de reunir cierto número de personas.

De igual forma, se debe monitorear las actividades, estrategias realizadas, no únicamente a través de un documento el cual contenga lo realizado en un periodo de tiempo sino que también cerciorarse que éstas actividades además

de cumplirse, se estén desarrollando de la mejor manera, en el sentido de que realmente incidan en la población focalizada, para lo cual se recomienda realizar monitoreos, a través de entrevistas o encuestas puntuales que permiten evaluar los efectos logrados en la población objetivo, pero este procedimiento se debe realizar por personal diferente a los coordinadores del proyecto para evitar que la información sea sesgada y el resultado de estas evaluaciones deben ser publicados para que los que se encuentren en un deficiente desempeño mejoren y los mejores busquen perpetuar su lugar, además estos resultados deben aprovecharse para identificar que acciones o estrategias no están incidiendo y así proceder a replantear a través de mejores alternativas; estos monitoreos son importantes, para mejorar la calidad de los servicios, ya que solo el hecho de conocer que de alguna manera serán evaluados, será un motivo para mejorar su desempeño.

También se realizar evaluación de impacto, la cual tiene por objetivo de determinar si el proyecto: “produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa. Las evaluaciones de impacto también permiten examinar consecuencias no previstas en los beneficiarios, ya sean positivas o negativas”⁵⁷. Por lo tanto para realizar una efectiva evaluación de impacto, se debe tener en cuenta lo mencionado anteriormente, es decir, a manera de un breve resumen: identificar los grupos en los cuales se presentan mayor frecuencia de enfermedades, asimismo tener en cuenta factores socio - económicos, como nivel de ingresos, nivel educativo entre otros, para focalizar los recursos a través de los diferentes proyectos, construir objetivos, metas, indicadores, estrategias relacionadas directamente con la problemática de salud pública que está afectando a la población objetivo; asimismo es importante definir la información necesaria, es decir, información segmentada correspondiente al grupo focalizado para medir el grado de avance de los diferentes indicadores y así poder determinar que efectos positivos se lograron con la ejecución del proyecto.

Además hay que reconocer que la salud guarda una estrecha relación con el nivel de ingreso, con el grado de educación, con el grupo étnico y por eso se requiere que este sector asuma el papel de líder para influir de manera efectiva en la modificación de las condiciones de vida de los grupos más necesitados. Por lo tanto, la salud de los pobres debe ser una creciente preocupación, ya que generalmente la mala salud aqueja mucho más a los pobres, las causas son múltiples y están relacionadas entre sí; una nutrición deficiente, por ejemplo, debilita las defensas del cuerpo que protegen de la infección, y la infección, a su vez, disminuye la eficaz absorción de los nutrientes y así los pobres se exponen más a enfermedades. El principal activo de los pobres, su cuerpo, queda así sin seguro. La mala salud implica, entonces, un mayor nivel de riesgo para los pobres

57. BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO /BANCO MUNDIAL. Directivas de Desarrollo. Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza Manual para profesionales, Washington, D.C; 2000

que para quienes tienen más activos, es decir, cuando la mala salud, en cualquiera de sus formas, ataca el principal activo de los pobres, esos individuos se ven imposibilitados de ganar el dinero que les permite obtener para sí, y por lo general también para otros, tanto el alimento como los medicamentos y además seguramente se truncan las posibilidades de educarse. En otras palabras, es muy probable que una crisis de salud por graves enfermedades en la población pobre tenga resultados catastróficos que generan costos importantes para la economía de la región y el país.

La buena salud, es decir, los trabajadores más sanos son más fuertes y activos, física y mentalmente; por consiguiente, es menos probable que pierdan el trabajo por enfermedad propia o de su familia. Son más productivos y ganan mejores sueldos; lo cual puede atraer inversiones extranjeras directas. Por el contrario un mal estado de salud puede significar una menor productividad, una vida laboral más corta y un mayor número de días perdidos por enfermedad.

La salud y los logros educativos también están estrechamente vinculados. Los niños sanos aprenden mejor y se convierten en adultos mejor preparados, capaces de ganar mejores sueldos, por su productividad y es muy poco probable que un niño de una familia sana deba interrumpir sus estudios por problemas de salud, propios o de otros miembros de la familia

Por lo tanto, la salud se debe dejar de ver únicamente como un producto final del proceso de crecimiento: la gente con ingresos más elevados es más sana, porque posee mayores bienes y servicios que ayudan a tener buena salud; el pensamiento debe ser más profundo: la salud ayuda al crecimiento económico, esta reflexión complementa y, en parte reordena las ideas que justifican el gasto en materia de salud y se funda en argumentos humanitarios y de equidad. La riqueza, sin duda, conduce a una mejor salud, pero la salud debería contextualizarse como una forma de capital humano y, por ende, como un insumo y como un producto del proceso de crecimiento; los países con una población sana y con mejor educación tienen mayores posibilidades de prosperar.

Así que debe investigarse la salud en relación a factores socioeconómicos, para que los responsables de las políticas puedan analizar y poner en ejecución intervenciones encaminadas a fortalecer la salud pública; esos conocimientos deben servir para que en las agendas políticas se incluya el tema de la salud, como factor clave en el crecimiento y desarrollo.

CONCLUSIONES

La planeación en el área de proyectos no está justificando la inversión de recursos, ya que generalmente desde su formulación hasta su ejecución, no se observa una relación directa con la solución de los problemas de salud pública, situación que ocurre porque no se reconoce lo determinante de la planeación para el logro de buenos resultados y porque la persona encargada no tienen el suficiente compromiso social y conocimientos para desempeñar bien su labor; esto genera debilidades en la identificación de problemas, objetivos, y con ello en los indicadores, los cuales como están contruidos limitan el campo de intervención de la Dirección Municipal de Salud, porque la finalidad principal pareciera que es cumplir una serie de actividades, cuando estas debería ser los medios para lograr la verdadera finalidad la cual consiste en mejorar la calidad de vida, a través de mejorar el estado de salud de la población, situación que los actuales indicadores no reflejan y por lo cual en el capítulo III, se construyó una serie de indicadores congruentes con cada proyecto y que efectivamente manifiesten los cambios generados.

Con respecto al comportamiento de los indicadores, se puede decir que el perfil de mortalidad en el Municipio de Pasto, cada vez más se identifica con el de Colombia y el mundo en general, en la medida que el proceso de urbanización, globalización y desarrollo socio-económico avanza, es así, como se presenta un lento proceso de transición de tipo demográfica y paralelamente a este surge la transición epidemiológica.

Con respecto al proceso de transición demográfica ha implicado la reducción de las tasas de fecundidad y natalidad, como resultado de la inserción de la mujer en los diferentes campos como laboral, político, educativo; por otro lado las migraciones del sector rural al urbano producto de los desplazamientos por la violencia armada o por visualizar mejores expectativas en la ciudad; y el lento incremento de la población vieja.

Con respecto al proceso de transición epidemiológica ha implicado por un lado el cambio de la morbimortalidad de ciertas enfermedades infecciosas como sarampión, rubéola, rabia, cólera, entre otras; al de otro tipo de infecciones como las de transmisión sexual, ya sea el VIH- SIDA, sífilis, hepatitis B, junto con la aparición de las enfermedades crónicas y degenerativas, producto del mayor estrés, inadecuados hábitos alimenticios y nutricionales, falta de actividad física; sumada a la morbimortalidad generada por el incremento en la violencia social y la aparición de enfermedades nuevas como los diferentes tipos de cáncer y el resurgimiento de otras que ya estaban bajo control como la Malaria, Tuberculosis, varicela.

Las mencionadas enfermedades son nefastas para lograr bienestar, ya que no atañe únicamente a quien la padece, sino que se genera un gran riesgo social, lo cual sugiere que es mucho mejor hacer grandes esfuerzos hoy, para no ver la salud de la sociedad deteriorada en un futuro, lo cual seguramente genere muchos más costos no solamente económicos sino también morales.

De acuerdo con el estudio realizado, utilizando la información existente se puede decir, que la Inversión en Salud Pública, realizada por la alcaldía de Pasto a través de la Dirección Municipal de Salud, ha incidido muy poco sobre los indicadores del estado de salud determinantes de la calidad de vida, porque se encontró que únicamente entre inversión y mortalidad por homicidio y TBC E se observa una relación inversa, es decir, frente a incrementos de la inversión estos indicadores han logrado disminuir, situación que se presenta con un buen ajuste de los datos con la línea de tendencia; entre la inversión y la mortalidad materna, mortalidad infantil por IRA, mortalidad por suicidio, incidencia de ETA e incidencia de varicela no se observa relación alguna; entre inversión y mortalidad por enfermedades del sistema digestivo, circulatorio y sífilis congénita se observa una relación inversa pero con un regular ajuste; incluso se han presentado relaciones directas, es decir, frente a incrementos de la inversión los indicadores han desmejorado, como la mortalidad perinatal, la incidencia de VIH, la mortalidad por EDA, enfermedades hipertensas, incidencia de brucelosis, accidentes por agresión animal, incidencia TBC P, que si bien que no tienen un buen ajuste los puntos de dispersión se orienta hacia una relación positiva con la inversión, al igual que la mortalidad por cáncer de útero, la incidencia de violencia intrafamiliar, con la diferencia de que éstas dos últimas presentan buen ajuste de los datos con la línea de tendencia.

Con relación a lo mencionado se puede deducir que la magnitud del impacto logrado en la población no necesariamente es una función lineal de la inversión realizada en un proyecto, es decir que el incrementar la inversión no implica precisamente aumentar proporcionalmente el impacto positivo del mismo, incluso su relación puede ser contraria a la esperada.

Si bien es cierto, que la cantidad de datos utilizados no son los convenientes, pero las dificultades encontradas en el tema de la planeación, sumado al sondeo de opinión se evidenció que estos programas no han incidido en los sectores más pobres, porque ni siquiera se los conoce o se conoce muy poco, por lo tanto es muy difícil que surja efecto.

También se puede manifestar que no hay una firme voluntad política y acciones a nivel local, departamental y nacional, esto genera que la salud pública aún no tenga la importancia que amerita, lo cual se evidencia en los insuficientes recursos destinados, es así, como en promedio la inversión en salud pública per capita en el municipio de Pasto en los últimos cuatro años ha sido alrededor de 2900 pesos,

es decir, que cada habitante del municipio de Pasto recibe anualmente 2900 pesos para programas de promoción, prevención y protección de la salud; por lo tanto se puede concluir que los recursos destinados a salud pública por la Alcaldía de Pasto, a través de la Dirección Municipal de Salud, son tan insuficientes que no tienen poder de incidencia sobre los indicadores que reflejan el estado de salud de la población y que corresponden a todos los habitantes del municipio de Pasto.

Con relación a lo anterior, si bien los recursos, correspondientes a la inversión en salud pública son tan insuficientes para llegar a toda la población del municipio de Pasto, entonces el principal problema seguramente está en el proceso de planeación, al no reconocer que los recursos son limitados y las necesidades infinitas y por tal razón buscar mecanismos de focalización, identificando claramente la población más afectada, y con ello la población objetivo con un criterio contundente; porque no se justifica que en el problema central del proyecto: Implementación de la Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Municipio de Pasto, se reconozca que los más afectados por mal nutrición son los niños de estratos 1 y 2, pero sin embargo, al establecer la población objetivo, se toma a toda la población infantil, en lugar, de los niños de estrato 1 y 2.

Los procesos del sector de la salud se han concentrado principalmente en los aspectos financieros la salud pública ha sido descuidada como una responsabilidad social e institucional, justamente cuando más atención requiere y cuando más se necesita apoyo de los gobiernos, por ser generadora de crecimiento y desarrollo; ya que la salud es la base de la capacidad de aprender en la escuela, de la habilidad de desarrollar el físico, el intelecto, y las emociones y además es la base de la productividad laboral, es decir, los logros obtenidos en educación, en gran parte depende de una buena salud, estos dos aspectos son fundamentales en la formación de capital humano, capital que incide en el crecimiento y el desarrollo.

Los problemas de salud pública obstaculizan el dinamismo del crecimiento económico y del desarrollo cuando: reduce la expectativa de vida en un gran número de años; afecta la inversión que hacen los padres sobre sus hijos; se generan epidemias que pueden deteriorar la estabilidad política y macroeconómica

RECOMENDACIONES

Se recomienda que el proceso de planeación de proyectos se oriente bajo un modelo de evaluación de impacto, para identificar si se produjeron los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a las intervenciones; y para esto se hace necesario, fortalecer la capacidad de vigilancia y control de la Dirección Municipal de Salud, para detectar oportunamente, los riesgos en salud pública, y a partir de ahí plantear un conjunto de acciones, estrategias, las cuales efectivamente tengan incidencia directa sobre el problema, porque el no especificar el tipo de relación, conlleva a asumir planteamientos simplistas, como el que las intervenciones solucionan el problema de alguna manera.

Actualmente el programa vigilancia en salud pública cuenta con tan solo 41 U.P.G.D (Unidades Primarias Generadoras de Datos), las cuales corresponden solo al sector salud, lo cual significa que por cada 10.000 habitantes hay una U.P.G.D; por lo cual se recomienda trabajar para incrementarlas y además incursionar en instituciones educativas, y en actores claves de la comunidad; esto es fundamental para contar con información actualizada en cuanto a la situación y tendencias de salud del municipio y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.

El proceso de planeación de proyectos debe fundamentarse en el conocimiento de los riesgos de salud pública, y de la población más afectada, para establecer la población objetivo con un claro criterio, este proceso debe ser articulado con el sistema de información para determinar las estadísticas requeridas en situaciones específicas de grupos de especial interés o mayor riesgo; información que será fundamental para posteriormente evaluar si las intervenciones están incidiendo en la población focalizada.

También es importante educar, capacitar y evaluar al personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios y atención, para enfrentar con eficiencia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública.

Es necesario comprender que los problema de salud pública, fundamentalmente se enfrentan con la divulgación de información en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud, por lo tanto no se debe distraer en otros aspectos, sino que se debe reforzar este proceso con una activa participación ciudadana, a través de mecanismos de fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones de Información.

Igualmente esta información debe lograr compromisos de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido a cambiar los hábitos de la comunidad, conjuntamente con la Implementación de acciones dirigidas a que la ciudadanía conozca sus derechos en salud.

Además se debe buscar nuevos mecanismos para proporcionar información, como lograr colaboración de todos los sectores ya sea del nivel público o privado para suministrar información en todo espacio de organización social relevante.

Los actores claves del sector salud deben trabajar por que la salud publica se ha reconocida como fundamental en el progreso de la calidad de vida, y por lo tanto se debe insistir en la necesidad de mas recursos, para poder mejorar en cuanto a la cantidad y calidad del personal, elementos utilizados para transmitir información, aumentar la cobertura, para lograr realmente mejorar el estado de salud de la población.

Por otra parte hay que hacer énfasis en que el mejoramiento de la salud puede prevenir la pobreza u ofrecer una vía para salir de ella, ya que genera mayor posibilidades de ingresos, distribuidos de forma más equitativa, porque aumenta el capital humano y social y la productividad, puesto que los niños sanos están en mejores condiciones de aprender, mientras que el adulto sano sostén de la familia está en mejores condiciones de trabajar y mantener a su familia. Por lo tanto, se necesita considerar la salud como un medio para combatir la pobreza absoluta, este nuevo enfoque sitúa la salud pública en un contexto más amplio de desarrollo.

Si este es el caso, y si la situación de salud puede ser identificada como un insumo positivo al crecimiento de ingresos, esta relación reversa puede convertirse en la base de políticas orientadas a la inversión para la formación de capitales humanos, no solo mediante la educación, sino también mejorando el estado nutricional y de salud de la población

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Situación actual de la salud pública. [http. // www. ops-oms.org/spanish](http://www.ops-oms.org/spanish)

Microsoft ® Encarta ® 2006. © 1993-2005 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

OCAMPO José. Edición 2003. Estructura Económica Colombiana

Investigación editorial: Reed Boland, Wendy Harcourt, Karen Hardee y Ann McCauley, *Estado de la Población Mundial 2000*

MARTINEZ BETANCOURT Jesús. (2006) Pacífico en Llamas

LEY 100 DEL 93. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

LEY 715 DE 2001. Normas Orgánicas en Materia de Recursos y Competencias

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Derecho a la Salud: Evolución de algunos indicadores de interés en salud pública / Ministerio de Protección Social. 2005. [http//: www.ministerioprotecciónsocial.gov.co](http://www.ministerioprotecciónsocial.gov.co)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Panorama General. Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán!

ALCALDIA DE PASTO. PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL "PASTO MEJOR". Bases Para La Concertación Ciudadana San Juan de Pasto, Febrero 27 De 2.004

ALCALDIA DE PASTO. Documento De Trabajo:"Construcción Participativa del Plan de Desarrollo Municipal. 2004 – 2007: bases para la concertación ciudadana" DIAGNOSTICO. Febrero 2007

ALCALDIA DE PASTO. "PASTO: ESPACIO DE VIDA, CULTURA Y RESPETO "PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2001 – 2003

www.alcaldiadepasto.gov.co

DE WIKIPEDIA, LA ENCICLOPEDIA LIBRE. Salud pública. [Http. // www. ES. WIKIPEDIA.ORG/WIKI/SALUD](http://www.ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/SALUD)

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Modulo- Análisis de Situación de salud de la infancia 2006: Indicadores Trazadores.

PNUD. Informe de Desarrollo Humano, Nueva York, 1990

EL ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA QUE PLANTEA LA GLOBALIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PUBLICA SUPONE UN RETO APARENTEMENTE INFRANQUEABLE Y CONTRADICTORIO. [http://www.monografias.com/trabajos 7/](http://www.monografias.com/trabajos7/)

Enciclopedia Multimedia y Biblioteca Virtual de Economía EMVI Versión CD

Marcos Cueto y Anne Emanuelle Birn, Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: Nuevas Perspectivas Históricas. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana.

ANTONIO OCAMPO, José. (2003)Globalización y Desarrollo una reflexión desde América Latina

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PASTO. PLAN LOCAL DE SALUD MUNICIPIO DE PASTO2004 – 2007

GONZÁLEZ ARENCIBIA, M.: (2006) Una gráfica de la Teoría del Desarrollo. Del crecimiento al desarrollo humano sostenible, Edición electrónica. www.eumed.net/libros. Desarrollo humano sostenible: una fusión conceptual.

MAHBUB UL HAQ, (1990) Informes sobre el Desarrollo Humano. Reflexiones sobre el Desarrollo Humano. Universidad de Oxford. New York.

SERAFY Salah; GOODLAND Robert; DALY Herman y VON DROSTE Bernd. Desarrollo económico sostenible, avances sobre el Informe Brundtland (1994)

OCAMPO, Antonio José. Agenda para el Desarrollo. Publicado en el año 2001 Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Guía Metodológica para la Elaboración del Plan de Mejoramiento del Sistema De Vigilancia En Salud Pública Bogotá D.C, Agosto de 2004

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2007, ARTICULO 12 decreto 3518 2006.

CEPAL, División de Desarrollo Social. ERNESTO COHEN, RODRIGO MARTÍNEZ. Manual. Formulación, Evaluación y Monitoreo de proyectos sociales.

BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO /BANCO MUNDIAL. Directivas de Desarrollo. Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza Manual para profesionales, Washington, D.C; 2000.

CASTRO G, CHAVES P. Metodología de Evaluación de Impacto de los Proyectos Sociales, UNESCO, Caracas; 1994. p. 11-28.

ALCALDÍA DE PASTO, Dirección Municipal de Salud. Indicadores Básicos. Noviembre de 2007

WWW. SIGER. PASTO.COM

ANEXO A

DESCRIPCION DE LOS INDICADORES DE LOS PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA, DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD, ALCALDIA DE PASTO

NOMBRE	DESCRIPCION	FORMULA	UND
ÍNDICE DE COBERTURA	COBERTURA LOGRADA EN EL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL (VISITAS) A LOS ESTABLECIMIENTOS PRODUCTORES Y COMERCIALIZADORES DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E INSUMOS PARA LA SALUD FRENTE AL TOT PROGRAMADO EN UN PER N, DONDE IC % COBERTURA ALCANZADO; NEC NRO E ⁵	$IC = (NEC - 1) / TVP$	%
MORTALIDAD INFANTIL	MI, MORTALIDAD INFANTIL EN UN PER N, NM, NRO TOTAL DE NIÑOS MUERTOS; NRO TOTAL DE NIÑOS NACIDOS Y VIVOS EN EL MISMO PER.	$MI = NM / NTN * 100$	%
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN UN PER. TIEMPO N,(PUEDE DESAGREGARSE EN UN RANGO DE EDAD Y LUGAR DETERMINADO). DONDE TMN, TASA MORTALIDAD INFANTIL EN %; NF NRO TOTAL DE POBLACIÓN INFANTIL QUE HAN FALLECIDO EN UN PER N; NT, NRO TOTAL POBLACIÓN	$TMN = NF * 100 / NT$	%
INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA	ISC, INCIDENCIA DE SIFILIS CONGÉNITA EN EL PAÍS (POR CADA 1000 NACIDOS VIVOS) EN UN PER. N; NTC, NUMERO TOTAL DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA EN EL PAÍS* REPORTADOS; NTH, NRO. TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN EL MISMO PER.	$IS = NTC * 100 / NTH$	%
TASA MORTALIDAD MATERNA	TASA MORTALIDAD MATERNA EN UN PER. TIEMPO N, (PUEDE DESAGREGARSE POR: DEPARTAMENTO, MUNICIPIO, ETC.). DONDE, TMM, TASA MORTALIDAD MATERNA EN %; MEFN, NRO TOT MUJERES EMBARAZADAS FALLECIDAS EN UN PER. N; TMEN, NRO TOT MADRES EMBARAZADAS EN EL	$TMM = MEFN * 100 / TMEN$	NO
POBLACION FOCALIZADA EN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR	PFHC, POBLACIÓN FOCALIZADA EN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR EN UN PER. N; PF, NRO. TOTAL DE PERSONAS FOCALIZADAS EN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR; TP, NRO. TOTAL DE	$PFHC = PF * 100 / TP$	
NIÑOS DE LA CALLE ATENDIDOS EN LAS MODALIDADES DE SERVICIO	NCA, NIÑOS DE LA CALLE ATENDIDOS EN LAS MODALIDADES DE SERVICIO IMPLEMENTADAS PARA ESTE FIN EN UN PER T1 - TO; NNA1, NRO. DE NIÑOS DE LA CALLE ATENDIDOS FINAL; NNAO, NRO. DE NIÑOS DE LA CALLE ATENDIDOS INICIAL	$NCA = NNA1 - NNAO$	NO.
ÍNDICE DE COBERTURA DE VACUNACION ANTIRRABICA	CVA, COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA EN UN PER N; NVA, NRO. TOTAL DE VACUNAS ANTIRRÁBICAS REALIZADAS O EJECUTADAS; NVP, NRO. TOTAL DE VACUNAS ANTIRRÁBICAS PROGRAMADAS EN EL MISMO PER.	$CVA = NVA * 100 / NVP$	%
TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	TASA MORTALIDAD LA POBLACIÓN QUE MUERE A CAUSA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN UN PER. TIEMPO N, (PUEDE DESAGREGARSE EN UN RANGO EDAD Y LUGAR DETERMINADO). DONDE, TMCE, TASA MORTALIDAD LA POBLACIÓN QUE MUERE A CAUSA ENFERMEDADES	$TMCE = PFEC * 100 / TPEC$	%

DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES	QUE DE LA Y EN	DDPPE, DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN UN PER. N; NDPE, NRO. TOTAL DE DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PREVENCIÓN; NTD, NRO. TOTAL DE DISTRITOS EN EL MISMO PER.	DDPPE = NDPE * 100 / NTD	%
DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS TRANSMISIBLES	QUE DE LAS NO	DDPPE, DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN UN PER N; NDPE, NRO. TOTAL DE DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PREVENCIÓN; NTD, NRO. TOTAL DE DISTRITOS EN EL MISMO PER	DDPPE = NDPE * 100 / NTD	%
CAPACITACIONES REALIZADAS		NRO EVENTOS CAPACITACIÓN PROGRAMADOS POR EL SECTOR SALUD EN UN PER T1 – T0, DONDE CR, VARIA EN EL NRO EVENTOS CAPACITACIÓN REALIZADOS FINAL; NRO EVENTOS CAPACITACIÓN REALIZADOS INICIAL.	CR= C1-C0	NO
INVESTIGACIONES REALIZADAS		NRO DE INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL SECTOR SALUD EN UN PER T1-T0, DONDE, IR VARIA EN EL NRO DE INVESTIGACIONES REALIZADAS; INV1, NRO DE INVESTIGACIONES REALIZADAS FINAL; INV0, NRO DE INVESTIGACIONES REALIZADAS INICIAL.	IR=INV1-INV0	NO
PERSONAS CAPACITADAS EN EL PROGRAMA DE "TRANSPARENCIA Y CONVIVENCIA"	DE Y	PC, PERSONAS CAPACITADAS EN PREVENCIÓN EN EL PROGRAMA DE "TRANSPARENCIA Y CONVIVENCIA" EN UN PER T1- T0; PT1, NRO. TOTAL DE PERSONAS CAPACITADAS FINAL; PT0, NRO. TOTAL DE PERSONAS CAPACITADAS INICIAL	PC= PT1 – PT0	NO
NIÑOS LLEVADOS A LOS CENTROS DE SALU PARA ATENCION PREVENTIVA QUE PERTENECEN AL PROGRAMA "FAMILIAS EN ACCIÓN	QUE AL	NCSFA, NIÑOS LLEVADOS A LOS CENTROS DE SALUD PARA ATENCIÓN PREVENTIVA QUE PERTENECEN AL PROGRAMA "FAMILIAS EN ACCIÓN" NCS1, NIÑOS LLEVADOS AL CENTRO DE SALUD PARA ATENCIÓN PREVENTIVA INICIAL; NCS0, NIÑOS	NCSFA = NCS1- NCS0	NO
INVESTIGACIONES DESARROLLADAS		NRO INVESTIGACIONES CIENTIFICAS DESARROLLADAS POR EL SECTOR SALUD EN UN PER T1 –T0 (PUEDE RELACIONARSE CON LOS INDICADORES 0300P006 Y 0300P034) DONDE, ICD, VARI EN EL NRO. INVESTIGACIONES CIENTIFICAS REALIZADAS POR EL SECTOR SALUD; NIDG1, NRO I		NO
CASOS DE SIDA TRATADOS		NRO CASOS SIDA TRATADOS POR EL SECTOR SALUD (PUEDE SER DESAGREGADO EN REGIMEN SUBSIDIADO, EDAD, GENERO, ETC) EN UN PER T1-T0. DONDE, CT, VARIA EN EL NRO DE CASOS SIDA TRATADOS; CT1, NRO CASOS SIDA TRATADOS FINAL; CT0, NRO CASOS SIDA	CT=CT1-CT0	NO
DISTRITOS QUE DESARROLLAN PROYECTOS DE PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES	QUE DE LA Y EN			
NIÑOS ATENDIDOS EN RESTAURANTES ESCOLARES		NAR, NIÑOS ATENDIDOS EN RESTAURANTES ESCOLARES EN UN PER T1 - T0; NA1, NRO. DE NIÑOS ATENDIDOS EN RESTAURANTES ESCOLARES FINAL; NAO, NRO. DE NIÑOS ATENDIDOS EN RESTAURANTES ESCOLARES INICIAL.	NAR = NA1 - NAO	NO
TALLERES SOBRE EL MALTRATO INFANTIL Y SESIONES DE TERAPIA		NRO TALLERES SOBRE MALTRATO INFANTIL Y SESIONES TERAPIA LLEVADOS A CABO POR LA ENTIDAD EN UN PER T1-T 0. DONDE, TM, VARI EN EL NRO TALLERES SOBRE MALTRATO INFANTIL Y SESIONES TERAPIA REALIZADOS; TSST1 NRO	TM=TSST1-TSST0	NO

	TALLERES SOBRE		
MADRES PRENATALES O POS NATALES CONTACTADAS	NRO MADRES PRENATALES O POSTNATALES CONTACTADAS POR LA ENTIDAD PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS DIFERENTES PROGRAMAS LA MISMA EN UN PER T1 - TO. DONDE, MC, VARI EN EL NRO MADRES PRENATALES O POSTNATALES CONTACTADAS; MPC1, NRO MADRES PRENATALES O P		NO
MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN CUIDADO EN EL PRIMER TRIMESTRE	NRO MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LOS PROGRAMAS CUIDADO PARA EL PRIMER TRIMESTRE EMBARAZO EN UN PER T1 - TO. DONDE, MEA, VARI EN EL NRO MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS; MEC1, NRO MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS FINAL; MECO, NRO MUJERES E	MEA = MEC1 - MECO	NO
ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD FISICO QUIMICOS Y MICROBIOLOGICOS REALIZADOS	DETERMINA EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA ANÁLISIS CONTROL CALIDAD EN UN PER N. DONDE, ACC, % CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA ANÁLISIS CONTROL CALIDAD; MFL, NRO ANÁLISIS CONTROL CALIDAD EJECUTADOS; MFP, NRO ANÁLISIS CONTROL DE	ACC = MFL * 100 / MFP	NO
CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACION DE UNIDADES	SEGUIMIENTO AL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO LOS PROGRAMAS ADQUISICIONES (DENOMINADOS UNIDADES) EN UN PER N. DONDE, CPU, CUMPLIMIENTO A LA PROGRAMACIÓN UNIDADES; UR, UNIDADES RECIBIDAS; UP, UNIDADES PROGRAMADAS.	CPU = UR * 100 / UP	%
ASESORIAS CONTRATADAS	NRO ASESORIAS CONTRATADAS PARA PRESTAR EL SERVICIO SALUD EN UN PER T1 - TO. DONDE, AC, VARI EN EL NRO ASESORIAS CONTRATADAS; AS1, NRO ASESORIAS CONTRATADAS FINAL; ASO, NRO ASESORIAS CONTRATADAS INICIAL.	AC = AS1 - ASO	NO
FUNCIONARIOS CAPACITADOS POR MES	FCM, PROMEDIO DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS POR MES EN UN PERIODO T1 -TO; FC1, NUMERO TOTAL DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS FINAL; FCO, NUMERO TOTAL DE FUNCIONARIOS CAPACITADOS INICIAL.		
VIGILANCIA Y CONTROL	ESTIMA EL AVANCE LOS RECURSOS INVERSIÓN APROPIADOS PARA ATENDER EL PROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL LOS PRODUCTOS COMPETENCIA EN UN PER N DONDE, IVC, % LOS RECURSOS INVERSIÓN APROPIADOS PARA ATENDER EL PROGRAMA VIGILANCIA Y CONTROL ⁶	IVC= RIA*100/TIVC	%
CUMPLIMIENTO A CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION DEL SINAGEP	CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA SINAGEP (PUEDE DESAGREGARSE POR COMPONENTE, ACTIVIDAD, ETC.) EN UN PER N. DONDE, CC, % CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ACTIVIDADES PARA LA	CC = CPE * 100 / CPP	%
COBERTURA DE VIGILANCIA	COBERTURA DE VIGILANCIA DEL TERRITORIO NACIONAL*, LOGRADO POR LA ENTIDAD (SE PUEDE DESAGREGARSE EN: RECURSO HUMANO, EQUIPOS, HORAS VUELO, ATAQUES, ETC). DONDE , AC, COBERTURA EN UN PER N; CTF, COBERTURA TOT EJECUTADA(FINAL) Y CTI, COBERTURA TOT PROGRAMADA	IVC= RIA*100 / TIVC	%
EFICIENCIA ADMINISTRATIVA	DETERMINA EL COSTO PROM POR SOLICITUD REGISTRO SANITARIO TRAMITADO CON CARGO A LOS RECURSOS INVERSIÓN PROGRAMADOS PARA LA SUBDIRECCIÓN LICENCIAS Y REGISTROS EN UN PER N. DONDE, EA, COSTO PROM POR SOLICITUD REGISTRO SANITARIO TRAMITADO CON CA	EA = RIP / NTR	\$

DESCRIPCION	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%
INGRESOS	34.119.235.115	100	43.056.802.214	100	52.891.276.473	100	62.043.919.884	100
INGRESOS CORRIENTES	34.119.235.115	100	43.056.802.214	100	50.630.861.183	96	58.882.429.563	95
TRANSFERENCIAS NACIONALES	23.920.621.547	100	27.828.301.688	100	38.197.861.183	100	54.099.106.563	100
SGP	20.831.621.547	87	16.858.870.662	60,6	17.231.693.580	45	35.515.679.563	65,6
COFINANCIACION	3.089.000.000	13	10.969.431.026	39,4	20.966.167.603	55	18.583.427.000	34,4
INGRESOS DE CAPITAL	0	0,0	0	0	2.260.415.290	4	3.161.490.321	5,1
CUMPLIMIENTO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL	ESTIMA EL CUMPLIMIENTO ENTRE LA EJECUCION PRESUPUESTAL (DESAGREGAR POR TIPO INVERSION, LOCALIZACION, ETC) PREVISTA Y LA EFECTIVAMENTE REALIZADA EN UN PER N. DONDE, IC, % CUMPLIMIENTO LA EJECUCION PRESUPUESTAL; EPR, VALOR LA EJECUCION PRESUPUE					IC = EPR * 100 / EPP		\$

**RENTAS E INGRESOS
DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD, ALCALDIA DE PASTO (2004-2007)**

Fuente: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de: RENTAS e INGRESO. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006, 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

**DIFERENCIA DE INVERSION CON RESPECTO AL PROYECTO QUE OBTUVO LA
MAYOR INVERSION EJECUTADA (2004 – 2007)**

PROYECTOS	2004			2005			2006			2007		
	EJE CUCI ON*	DIFER ENCIA *	DIF ER %	EJE CUCI ON*	DIFER ENCIA *	DIF ER %	EJE CUCI ON*	DIFER ENCIA *	DIFE R %	EJE CUCI ON*	DIFER ENCIA *	DIF ER %
ATENCION A INFANCIA	218,6	142	39%	331,42	8,8	3	129,1	348,21	72,9	98,95	664,1	87,0
SSR	98,7	262	73%	141,17	199	59	195,6	281,8	59,0	88,42	674,7	88,4
SALUD MENTAL	88,2	272,5	76%	82,65	257,6	76	150,8	326,51	68,4	142,14	620,9	81,4
SALUD AMBIENTAL	360,7	MAYOR INVERS	0	340,21	MAYO INVER	0	477,3	MAYO INVER	0	763,08	MAYOR INVERS	0
VIGILANCIA SALUD PUBLICA	69,6	291	80%	31,86	308,4	91	101,8	375,58	78,7	147,67	615,4	80,6
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	118	242,4	67%	91,37	248,9	73	113,5	363,82	76,2	132,11	631	82,7
SEGURIDAD ALIMENTARIA	38,6	33	89%	110,61	229,6	67		367,37	77,0	80,77	682	89%

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con las Ejecuciones del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006 y 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO
 * Cifras en Millones de Pesos

INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PUBLICA AÑO 2004

PROYECTOS	PRESUPUES	%	EJECUCION	%	EJECUCION - PRESUPUEST	EJ/PR *100
ATENCION A INFANCIA	299.962.830	28,1	218.630.417	22,02	(81.332.413)	78,31
SALUD SEXUAL REPRODUC	181.122.000	17,0	98.697.552	9,94	(82.424.448)	58,55
SALUD MENTAL	50.000.000	4,7	88.162.313	8,88	38.162.313	189,45
SALUD AMBIENTAL	300.479.098	28,2	360.647.985	36,33	60.168.887	128,96
VIGILANCIA SALUD PUBLICA	50.000.000	4,7	69.627.704	7,01	19.627.704	149,62
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	50.000.000	4,7	118.290.122	11,92	68.290.122	254,19
SEGURIDAD ALIMENTARIA	135.000.000	12,7	38.621.433	3,89	(96.378.567)	30,74
TOTAL	1.066.563.928	100	992.677.526	100	(73.886.402)	93,07

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PUBLICA AÑO 2005

PROYECTOS	PRESUPUEST	%	EJECUCION	%	EJECUCION - PRESUPUEST	EJ/PR *100
ATENCION A INFANCIA	280.000.000	24	331.417.422	29	51.417.422	118,4
SALUD SEXUAL REPRODUC	310.000.000	27	141.170.355	13	-168.829.645	45,5
SALUD MENTAL	70.000.000	6	82.646.195	7	12.646.195	118,1
SALUD AMBIENTAL	80.000.000	7	340.213.337	30	260.213.337	425,3
VIGILANCIA SALUD PUBLICA	70.000.000	6	31.855.292	3	-38.144.708	45,5
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	80.000.000	7	91.365.820	8	11.365.820	114,2
SEGURIDAD ALIMENTARIA	270.000.000	23	110.608.641	10	-159.391.359	41,0
TOTAL	1.160.000.000	100	1.129.277.062	100	-30.722.938	97,4

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2005. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PUBLICA AÑO 2006

PROYECTOS	PRESUPUEST	%	EJECUCION	%	EJECUCION - PRESUPUEST	EJ/PR *100
SALUD AMBIENTAL	603.000.000	33,2	477.341.359	37,3	(125.658.641)	78,2
VIGILANCIA SALUD PUBLICA	145.122.000	8,0	101.756.859	8,0	(43.365.141)	70,1
ATENCION A INFANCIA	225.000.000	12,4	129.529.623	10,9	(95.470.377)	67,9
SEGURIDAD ALIMENTARIA	386.620.000	17,5	109.972.602	10,8	(276.647.398)	68,8
SALUD MENTAL	181.000.000	10,0	157.830.025	11,0	(23.169.975)	96,8
TOTAL	1.540.742.000	100	1.076.430.468	100	(464.311.532)	90,8

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2006. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

INVERSION PRESUPUESTADA Y EJECUTADA EN LOS PROYECTOS DE SALUD PUBLICA AÑO 2007

PROYECTOS	PRESUPUEST	%	EJECUCION	%	EJECUCION - PRESUPUEST	EJ/PR *100
ATENCION A INFANCIA	57.603.000	5,0	98.951.364	6,8	41.348.364	171,8
SALUD SEXUAL REPRODUC	56.337.000	4,9	88.416.760	6,1	32.079.760	156,9
SALUD MENTAL	116.472.000	10,2	142.143.267	9,8	25.671.267	122,0
SALUD AMBIENTAL	585.784.100	51,1	763.076.370	52,5	177.292.270	130,3
VIGILANCIA SALUD PUBLICA	103.179.000	9,0	147.673.592	10,2	44.494.592	143,1
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	152.233.000	13,3	132.109.718	9,1	-20.123.282	86,8
SEGURIDAD ALIMENTARIA	74.694.000	6,5	80.765.400	5,6	6.071.400	108,1
TOTAL	1.146.302.100	100	1.453.136.471	100		126,8

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

VARIACION DE LA INVERSION EN PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA (2004- 2007)

PROYECTOS	2004	2005			2006			2007		
		EJECUCION	VARIACION*	VARIA %	EJECUCION	VARIACION*	VARIA %	EJECUCION	VARIACION*	VAR %
ATENCION A INFANCIA	218,63	331,42	112,79	51,59	129,13	-202,29	-61,04	98,95	-30,18	-23,4
SALUD SEXUAL REPRODUC	98,70	141,17	42,47	43,03	195,55	54,38	38,52	88,42	-107,13	-54,8
SALUD MENTAL	88,16	82,65	-5,52	-6,26	150,83	68,18	82,50	142,14	-8,69	-5,8
SALUD AMBIENTAL	360,65	340,21	-20,43	-5,67	477,34	137,13	40,31	763,08	285,74	59,9
VIGILANCIA SALUD PUB	69,63	31,86	-37,77	-54,25	101,76	69,90	219,43	147,67	45,92	45,1
ESTILO VIDA SALUDABLE	118,29	91,37	-26,92	-22,76	113,52	22,15	24,25	132,11	18,59	16,4
SEGURIDAD ALIMENTARIA	38,62	110,61	71,99	186,39	109,97	-0,64	-0,57	80,77	-29,21	-26,6
TOTAL	992,68	1.129,28	136,60	13,76	1.278,09	148,82	13,18	1.453,14	175,04	13,7

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos obtenidos de la Ejecución del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004,2005, 2006 Y 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

* Variaciones calculadas con respecto al correspondiente al año anterior

**INVERSION TOTAL PRESUPUESTADA Y EJECUTADA
EN PROYECTOS DE SALUD PÚBLICA (2004-2007)**

AÑO	PRESU PUESTO*	INCREMENTO PRESUPUESTAL		EJECUTADO *	INCREMENT EJECUCIÓN		MONTO NO EJECUTADO*	% EJECUCION
2004	1066.56	-	-	992.68	-	-	(73.89)	93.07
2005	1160.00	93.44	8.7%	1129.28	136.6	14%	(30.72)	97.35
2006	1813.81	671.81	58%	1278.09	148.8	13%	(535.72)	70.46
2007	1146.30	-667.51	-37%	1453.14	175	14%	306.83	126.77

FUENTE: La presente Investigación

**PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE CADA PROYECTO EN EL TOTAL DE LA
INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA (2004 – 2007)**

PROYECTOS	2004	2005	2006	2007	PROMEDIO
ATENCION A LA INFANCIA	22	29	10	7	17
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	10	13	15	6	11
SALUD MENTAL	9	7	12	10	9
SALUD AMBIENTAL	36	30	37	53	39
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	7	3	8	10	7
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	12	8	9	9	10
SEGURIDAD ALIMENTARIA	4	10	9	6	7
TOTAL	100	100	100	100	100

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con las Ejecuciones del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006 y 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

PORCENTAJES DE EJECUCION PRESUPUESTAL (2004-2007)

PROYECTOS	2004	2005	2006	2007	PROMEDIO
ATENCION A LA INFANCIA	78,31	118,4	57,3	171,8	106
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	58,55	45,5	61,8	156,9	81
SALUD MENTAL	189,45	118,1	94,3	122	131
SALUD AMBIENTAL	128,96	425	79,2	130,3	191
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	149,62	45,5	70,1	143,1	102
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	254,19	114,2	64,9	86,8	130
SEGURIDAD ALIMENTARIA	30,74	41	58,3	108,1	60
TOTAL	93,07	97,4	70,5	126,8	97

FUENTE: La presente Investigación

NOTA: Datos calculados con las Ejecuciones del Presupuesto de: GASTOS E INVERSIONES. Vigencia Fiscal: 2004, 2005, 2006 y 2007. DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD. ALCALDIA DE PASTO

ANEXO B

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMIA

FORMATO DE ENCUESTA (SONDEO DE OPINION)

Nº _____

SEXO _____ EDAD _____ NIVEL DEL SISBEN _____

COMUNA _____ BARRIO _____

1. ¿Cuál es su opinión acerca de los servicios de Salud Pública en el municipio de Pasto?

Bueno _____ Deficiente _____ No conoce _____ Conoce muy poco _____

2. Acceso a los servicios de salud pública

Difícil _____ Fácil _____ No sabe _____

3. ¿Qué problemas percibe usted, acerca de los programas de salud pública?

Desinformación _____ Inadecuada atención _____

Personal No Capacitado _____

4. ¿Cree usted, que los servicios de salud pública prestados por la alcaldía de Pasto a través de la Dirección Municipal de Salud, han mejorado su calidad de vida?

No _____ Si _____ Un poco _____

5. ¿Qué sugerencias plantearía para mejorar la prestación de los servicios de salud pública?

Información _____ Inclusión _____ Personal capacitado _____

