

T 0 6
0001



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE CENTRO

M

**PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE UN MUNICIPIO SANO EN
COLOMBIA; FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD EN EL
MUNICIPIO DE VILLETA, 1995**

**OSCAR EDUARDO PACHECO GARCIA
ALVARO AUGUSTO GUEVARA
GERMAN RAYKOVICH
JAVIER MORALES JACOME
ANDRES MUNEVAR
BLANCA GILMA BARRERO
NORMA CONSTANZA GUZMAN
YOLANDA SEPULVEDA**

Trabajo de Grado para optar al título de
Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud y Seguridad Social

Director
GUILLERMO RESTREPO CHAVARRIAGA
Magister en Salud Pública

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ÁREA DE EDUCACIÓN AVANZADA

POSTGRADO EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1995

DEDICATORIA

Al Doctor **GUILLERMO RESTREPO CHAVARRIAGA**, por sus grandes cualidades humanas e intelectuales y en agradecimiento a su aporte en la orientación hacia el camino de la investigación en el siglo XXI

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

ADMINISTRACION MUNICIPAL DE VILLETA
CENTRO MEDICO ASMEP LTDA.
COLEGIO DEPARTAMENTAL ALONSO DE OLALLA
COLEGIO MADRE DEL DIVINO PASTOR
COMITE MUNICIPAL DE PARTICIPACION COMUNITARIA
EPS SEGURO SOCIAL VILLETA
HOSPITAL SALAZAR DE VILLETA
INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL
NOTARIA UNICA DE VILLETA.

ASESORES:

Dra. NOHORA AYDE RAMIREZ

Ing. DAVID MONTOYA.

LISTA DE GRAFICOS

	pág
GRAFICO 1. Población por edad y sexo	206
GRAFICO 2. Pirámide Poblacional	207
GRAFICO 3. Escolaridad por Grupo Edad Area Urbana	208
GRAFICO 4. Escolaridad por Grupo Edad Area Rural	209
GRAFICO 5. Distribución Estratos	210
GRAFICO 6. Tipo de Alumbrado	211
GRAFICO 7. Servicio Sanitario	212
GRAFICO 8. Consumo de Agua	213
GRAFICO 9. Manejo de Basuras	214
GRAFICO 10. Prevalencia Toma T.A. por Edad	215
GRAFICO 11. Prevalencia de Hipertensión	216
GRAFICO 12. Obesidad e Hipertensión	217
GRAFICO 13. Control de Hipertensión	218
GRAFICO 14. Prevalencia Sedentarismo	219

	pág
GRAFICO 15 Prevalencia Tabaquismo	220
GRAFICO 16. Prevalencia Alcoholismo	221
GRAFICO 17. Prevalencia Obesidad	222
GRAFICO 18. Ultima Consulta	223
GRAFICO 19. Entidad de Seguridad Social	224
GRAFICO 20. Consulta Según Afiliación	225
GRAFICO 21. Seguro Según Estrato	226
GRAFICO 22. Causas de Demanda Atención	227
GRAFICO 23. Discapacidad en la Población	228
GRAFICO 24. Tipo de Invalidez	229
GRAFICO 25. Costos y Cobertura POSS	230

LISTA DE CUADROS

	pág
CUADRO No 1. Causas de Demanda Servicios Salud 1994	232
CUADRO No 2. Morbilidad por Grupo de Edad Villeta 1994	233
CUADRO No 3. Población por edad y sexo urbana y rural 1995	234
CUADRO No 4. Características de la Vivienda	235
CUADRO No 5. Características de la Población	236
CUADRO No 6. Factores de Riesgo en la población	237
CUADRO No 7. Características de los demandantes de salud	238
CUADRO No 8. Recurso Humano y Costos de los Planes Propuestos	239

RESUMEN

Los Municipios han iniciado un proceso importante y de trascendental transformación. Hechos como la nueva legislación de Seguridad Social han permitido diseñar políticas y estrategias para mejorar las condiciones de vida y los factores determinantes que afectan la salud del individuo dentro de una comunidad; por lo que con base en los postulados de la Organización Mundial de la Salud sobre Municipios Saludables, el equipo de Postgrado de Gerencia de Instituciones de Salud y Seguridad Social del Colegio Odontológico Colombiano elaboró un diagnóstico, análisis y propuesta sobre los factores de Entorno Físico Social, Estilo de Vida, Acceso a los Servicios de Salud y Características Biológicas de la población en el Municipio de Villeta, que permitió establecer su situación real.

Con base en lo anterior se considera importante el Fortalecimiento de la Dirección Local de Salud, La implementación de Programas de Promoción y Prevención, la Descentralización e Integración efectiva de los Servicios de Salud, logrando que el Hospital se convierta en una verdadera Empresa Social del Estado; La seguridad y eficacia de la distribución de recursos a los diferentes sectores que comprometen el desarrollo de Villeta, La fiscalización de la ejecución de los programas de inversión social,

El seguimiento intenso del desarrollo de los sectores con más necesidades; así como el compromiso individual de la población siendo responsable y eje de las soluciones de la comunidad.

TABLA DE CONTENIDO:

pág

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE GRAFICOS

LISTA DE CUADROS

RESUMEN

INTRODUCCION GENERAL 19

0.1 ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE VILLETA 21

0.2 PROPOSITO 31

0.3 OBJETIVO GENERAL 32

0.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS 33

1 MARCO TEORICO 34

1.1 CAMPO DE ESTUDIO 34

1.2 DESARROLLO HISTORICO DE CIUDADES Y SANIDAD 37

1.3 HACIA UNA NUEVA SANIDAD MUNDIAL 40

1.3.1 El proyecto de ciudades sanas	45
1.3.2 Municipios sanos en Colombia	50
1.4 MARCO LEGAL Y ORGANIZACION NACIONAL Y MUNICIPAL	55
1.5 ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS EN SALUD	67
1.5.1 Epidemiología	68
1.5.2 El estrés	70
1.5.3 Tabaquismo	70
1.5.4 Sedentarismo	70
1.5.5 Alcoholismo	70
1.5.6 Obesidad	71
2 DISEÑO Y METODOLOGIA	72
2.1 MUESTRAS	72
2.1.1 Muestra urbana	72
2.1.2 Muestra rural	73
2.1.3 Muestreo de registro de morbilidad	73
2.1.4 Muestra de morbilidad por estrato socioeconómico	74
2.2 POBLACION ESTUDIADA	78
2.3 DEFINICION Y ESTRUCTURA DE LAS ENCUESTAS	78
2.3.1 El Sisben	79
2.3.1.1 Contenido del formulario del Sisben	79
2.3.2 La encuesta municipal sanitaria	79
2.3.2.1 Contenido del formulario de la encuesta municipal sanitaria	80

2.4 TRABAJO DE CAMPO	80
2.4.1 Capacitación	80
2.4.2 Aplicación	81
2.4.3 Promoción	83
2.4.4 Procesamiento y sistematización de la información	83
2.4.5 Tabulación e interpretación	85
3 RESULTADOS GENERALES	86
3.1 ECONOMIA MUNICIPAL	86
3.1.1 Composición del presupuesto	86
3.1.2 Fuentes	87
3.1.3 Inversión y ejecución del gasto	88
3.1.4 Turismo	89
3.1.4.1 Casas históricas	90
3.1.4.2 Alojamiento	90
3.1.4.3 Restaurantes y sitios de interés público	91
3.1.4.4 Folclore Demosòfico	92
3.1.4.5 Lugares turísticos	92
3.1.4.6 Eventos	93
3.2 CARACTERISTICAS DEL ENTORNO FISICO Y SOCIOECONOMICO DE LA POBLACION	95
3.2.1 Características de la población	95
3.2.1.1 Edad y sexo	95

3.2.1.2 Estado civil	97
3.2.1.3 Parentesco familiar	99
3.2.1.4 Educación	101
3.2.1.5 Actividad económica	104
3.2.1.6 Posición ocupacional	106
3.2.1.7 Tamaño de la empresa	106
3.2.1.8 Producción agropecuario	107
3.2.1.9 Nivel educativo y actividad ocupacional	107
3.2.1.10 Distribución del ingreso económico	108
3.2.1.11 Distribución según estrato Socioeconómico	109
3.3 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA	110
3.3.1 Vivienda típica municipal	110
3.3.2 Servicios públicos	111
3.3.3 Factores contaminantes	116
3.3.4 Los barrios y su entorno	118
3.3.4.1 Barrio San Jorge	118
3.3.4.2 Barrio Jardín	118
3.3.4.3 Barrio Buenos Aires	119
3.3.4.4 Barrio Sixto López	119
3.3.4.5 Barrio Obrero	119
3.3.4.6 Barrio Peña Negra	120
3.3.4.7 Barrio Barranquillita	120

3.3.4.8 Barrio San Cayetano	121
3.3.4.9 Barrio Carlos Lleras	121
3.3.4.10 Barrio Villa María	121
3.3.4.11 Barrio Las Acacias	122
3.3.4.12 Barrio Topacio	122
3.3.4.13 Barrio Alfonso López	122
3.3.4.14 Barrio Colmena	123
3.3.4.15 Barrio Alto de las Iguanas	123
3.3.4.16 Barrio La Lorena	123
3.3.4.17 Barrio Murillo Toro	124
3.3.4.18 Barrio El Recreo	124
3.3.4.19 Barrio Acemito	124
3.3.4.20 Barrio El Centro	125
3.3.4.21 Barrio San Rafael	125
3.3.4.22 Barrio Cayunda	125
3.3.4.23 Barrio Bello Horizonte	126
3.3.4.24 Barrio Fernando Salazar	126
3.3.4.25 Barrio San Juanito	126
3.3.4.26 Barrio San Antonio	127
3.3.4.27 Barrio Puerto Leticia	128
3.3.4.28 Barrio El Jordán	128
3.3.4.29 Barrio La Elisa	128

3.3.4.30 Barrio El Mirador	128
3.3.4.31 Barrio Betania	129
3.3.4.32 Barrio Moldavia	129
3.3.4.33 Vereda Bagazal	129
3.3.4.34 Vereda Chapaima	129
3.3.4.35 Vereda El Puente	130
3.3.4.36 Vereda San Isidro	130
3.3.4.37 Vereda La Esmeralda	130
3.3.4.38 Vereda La Mazata	131
3.3.4.39 Vereda El Balzal	131
3.3.4.40 Vereda El Salitre Negro	131
3.3.4.41 Vereda El Chorrillo	131
3.3.4.42 Vereda Río Dulce	132
3.4 CARACTERISTICAS DEL ESTILO DE VIDA	132
3.4.1 Toma de presión arterial	132
3.4.2 Prevalencia de hipertensión arterial	133
3.4.3 Control de la presión arterial	134
3.4.4 Ejercicio	135
3.4.5 Tabaquismo	135
3.4.6 Alcoholismo	136
3.4.7 Obesidad	136
3.5 RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN VARIABLES	137

3.5.1 Ponderación del riesgo cardiovascular según variables	137
3.5.2 Análisis del riesgo cardiovascular de la comunidad	139
3.6 CARACTERISTICAS DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	141
3.6.1 Caracterización de la demanda	141
3.6.2 Caracterización de la oferta	145
3.6.2.1 Recurso físico	145
3.6.2.2 Recurso Humano	146
3.6.2.3 Recurso Económico	147
3.7 CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS DE LA POBLACION	148
3.7.1 Morbilidad general	148
3.7.2 Morbilidad en grupos de edad	154
3.7.2.1 Salud en los niños(grupo 0-4 años)	154
3.7.2.2 Salud en los escolares(grupo 5-14 años)	155
3.7.2.3 Salud en jóvenes y adultos(grupo 15-44 años)	156
3.7.2.4 Salud en adultos mayores y la tercera edad(grupo 45 y más años)	156
3.7.3 Discapacidad	158
3.7.4 Natalidad	160
3.7.5 Mortalidad	161
3.7.6 Morbilidad por estrato socioeconómico	162
4 RECOMENDACIONES	167
4.1 ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL	168
4.1.1 Factor ruido	168

4.1.2 Factor malos olores	169
4.1.3 Factor polvo	169
4.1.4 Factor inseguridad	170
4.1.5 Factor humo	170
4.1.6 Factor difícil acceso	171
4.1.7 Población	171
4.1.8 Vivienda	172
4.1.9 Educación	173
4.1.10 Actividad económica	173
4.1.11 Condiciones socioeconómicas	174
4.1.12 Turismo	175
4.2 ESTILOS DE VIDA	177
4.3 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	179
4.3.1 Propuesta para plan de atención básica	179
4.3.1.1 Propuesta de promoción y prevención	180
4.3.1.2 Inmunizaciones	184
4.3.2 Propuesta para el plan obligatorio de salud P.O.S.	185
4.3.2.1 Consulta general	185
4.3.2.2 Hospitalización	186
4.3.2.3 Obstetricia	186
4.3.2.4 Cirugía	187
4.3.2.5 Laboratorio Clínico	187

4.3.2.6 Odontología	187
4.3.2.7 Medicamentos	188
4.3.2.8 Exámenes de RX	188
4.3.3 Propuesta para el plan obligatorio de salud subsidiado POSS	188
4.3.4 Empresas solidarias	190
4.4 CARACTERISTICAS BIOLOGICAS	195
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	199
ANEXO A GRAFICOS	205
ANEXO B CUADROS	231
ANEXO C FORMULARIOS	240

INTRODUCCION

Hoy, el municipio es la entidad fundamental de la división político- administrativa del país. La carta fundamental dispuso los mecanismos para que esa entidad se consolidara como el soporte y polo de desarrollo del Estado, y epicentro de los servicios que deben prestarse al común de los habitantes.

Nuestro grupo de Gerencia en Instituciones de Salud, pretende ahondar en el marco de responsabilidades político-locales del sector salud en el municipio colombiano, y teniendo en cuenta las características del municipio de Villeta en el avance del proceso de descentralización en los servicios de salud y participación comunitaria; se quiere lograr a tras del presente estudio la coordinación de la prestación de servicios de salud, la programación de la distribución de los recursos, la formulación de planes, programas y proyectos en salud, el diagnóstico del estado de salud-enfermedad, y los factores determinantes de riesgo referentes al estado de salud-enfermedad de la población para dar un paso firme al logro del bienestar de la población con la participación de la administración municipal, el sector privado, los diferentes gremios y la comunidad en general.

El estudio se enmarca en las hipótesis formuladas por la Organización Mundial de la Salud en su política de "Salud para Todos en el año 2.000" y para ello se toma el modelo de "comunidades sanas" allí esbozado, con el objeto de profundizar en los determinantes de salud del municipio, identificando los indicadores para el logro de la meta y realizar el diagnóstico del municipio para con base en el orientar la aplicación de los conceptos de promoción de la salud específicamente en los asentamientos municipales.

En la investigación nos centramos en la identificación de los factores socio-culturales y económicos, que afectan directamente la salud de una localidad, con el objeto de implementar políticas y estrategias de participación comunitaria tendientes a la obtención de un modelo de "Municipio Sano" a partir de los datos arrojados por el estudio.

O.1 ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE VILLETA

El municipio de Villeta se encuentra en el departamento de Cundinamarca, al noroeste de Bogotá, en el valle formado por el río Dulce y el Bituima que unidos forman el río Villeta. Su altura sobre el nivel del mar es de 842 metros, la temperatura media es de 25°C. La superficie del municipio es de 140 Km², 55 de los cuales se encuentran en clima cálido y 85 en clima medio.

Los límites de Villeta son: al norte: Quebradanegra, Nimaima y Nocaima, Al oriente: Sasaima. Al sur: Guayabal o Alban, Bituima y Viani. Al occidente: Guaduas y Quebradanegra.

El límite con Nimaina es el río Tobia, desde la desembocadura del Villeta hasta frente a la desembocadura de la quebrada de San Juanito.

Con Nocaima desde el frente a la desembocadura de la quebrada de San Juanito, Río Tobia arriba hasta la cuchilla de la cordillera de las Pajas, hasta encontrar el Alto de Ulamá, luego línea recta abajo hasta Quebradagrande donde comienza el límite con

Sasaima. Otro límite son las veredas de Iló Grande por Villeta el Iló Chiquito en la región de Sasaima, luego sigue como límite de Cuchilla de Palacio, que atravesando la carretera y el río Dulce viene a caer sobre el río Namai arriba hasta la desembocadura de la quebrada de Cuartillo, ésta arriba hasta el camino que va para Chimbe.

Con Guayabal, el límite es muy caprichoso demarcados por caminos y zanjones de poca importancia. Con Bituima la quebrada de Acuapo desde su nacimiento hasta su desembocadura, en el Bituima. Con Viani, es la quebrada de Chucuma desde la desembocadura del río Villeta hasta la desembocadura de Montefrío.

Con Guaduas, la rama oriental de la cordillera de Montefrío que se abre en dos pequeños ramales, forma el valle no muy profundo donde se encuentran las veredas de Manilas que pertenecen a Viani y las de Harillo, Balú, Alto de Trigo, y el Palmar que pertenece a Guaduas.

Con Quebradanegra el límite es el camino que va a Guaduas, la Esmeralda, desde la Cuchilla de la montaña hasta encontrar el antiguo camino de Utica, en el Alto de Velero y por esta cuchilla hasta el nacimiento de la quebrada del Cojo.

Villeta es cabecera del circuito notarial, del circuito de rentas. En lo administrativo, judicial, y electoral pertenece a Facatativá; en lo escolar a Guaduas y parte de lo eclesiástico a la Arquidiócesis de Bogotá.

El municipio de Villeta, se halla dividido en 21 veredas así: Al norte seis que son: Salitre Blanco, Salitre Negro, Naranjal, Alto de Pajas, Iló, Maní. Al oriente dos: Balsal, y Río Dulce. Al sur seis: el Puente, Mave, Alto de Torres, Chapaima, Payandé, Potrero Grande. Al occidente seis: La Masata, Chorrillo, Quebrada Honda, San Isido, La Esmeralda y el Plan de Cune (hacienda cune, la cual, se encuentra parcelada). Y la del Centro. Las veredas de Maní e Iló Grande se vinculan ahora ala producción ya que anteriormente no tenían carreteras.

En la región de Villeta se encuentran los siguientes rios: el río Bituima siendo el principal al unirse con el río Dulce forman el río Villeta, atraviesa todo el vecindario de sur a norte y recibe todas las quebradas del municipio. El Río Dulce llamado así porque sus aguas son potables, a diferencia de los otros que son salobres y azufradas, baja del aserradero y recorre el distrito de Sasaima, atraviesa la Hacienda de San José y se une con Bituima en la Hacienda del Puente para forma el Villeta. El Río Namai que procede también del aserradero sirve de límite con Sasaima desde la desembocadura de la quebrada del Cuartillo hasta abajo de la Hacienda de Mave, donde se interna en la vereda de Río Dulce, desemboca en el río de este nombre cerca de la Hacienda de San José. El Río Tobía que después de bañar los territorios de la Vega y Nocaima, recibe las aguas de Villeta y sirve de límite al norte con Nimaima.

Se encuentran quebradas, que se dividen en dos series, la del lado derecho, de sur a norte

así: El Aguapo, quebrada pequeña que sirve de límite con Bituima. El Cuartillo, que desemboca en el Río Namai y sirve de límite con Sasaima. La Mugrosa que desemboca en el río Dulce cerca del Bazagal. Maní que sirve de límite entre la vereda del mismo nombre y la del Balzal. La de Acata que separa las veredas de Altos de Paja y Maní; las aguas de estas dos últimas son salobres y malsanas. Al lado izquierdo del Río Villeta y de sur a norte son: Chucuma, sirve de límite con Viani. El Tamborero, que baja por el centro de la vereda de Chapaima. La de Santibañez, notable por sus crecientas y sirve de límite con las veredas de Chapaima, y Payandé. El Espinal que desemboca cerca de Payandé y sirve de límite entre las veredas del mismo nombre, recoge mucha agua en tiempo de lluvia. Cune formada por las quebradas de Tetilla, los Cristales, Limoncito, Altusarra. El Guanabano, El Cojo, que riegan las veredas de Salitre Blanco y Salitre Negro.

Se encuentran las Cascadas formadas por las quebradas de Santibañez y Cune, a pocos kilómetros de la población.

Villeta se encuentra a una distancia de 82 kms de Bogotá, tanto por ferrocarril como por carretera. Se une a los municipios vecinos por carretera en la forma siguiente: A Sasaima 8 km, a Guaguas 35 km, a Utica 28 km, a Quebradanegra 17 km. Actualmente se encuentra en construcción la nueva vía, autopista a Medellín, la cual pasa por el municipio, disminuyendo así el tiempo de acceso. La ruta es: El Vino, Chuscales, La

Vega, Pasonejo, Villeta. Esta obra cuenta con un financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo.

Villeta cuenta con servicios de alumbrado público, acueducto y alcantarillado, telecomunicaciones, correo, matadero, sitios de recreación.

El transporte intermunicipal es prestado por buses Expreso Bolivariano, tiene agencia en el municipio, salen buses cada media hora. Flota Santafé, tiene agencia en el municipio prestan el servicio con buses corrientes que salen y llegan cada hora. Flota Ayacucho tiene agencia en el municipio, salen y llegan cada hora. Rápido Tolima, Velotax, Flota Magdalena y Flota San Vicente pasan por el municipio cada hora y vienen de la Dorada y/o Bogotá. Dentro del municipio el servicio es prestado por Los Taxis Villetax y los camperos para las veredas de la región.

Para los servicios de Salud cuenta con el Hospital Salazar que se inicio con la donación de un lote en el año de 1.943 por escritura pública No.546 del 25 de febrero con un avalúo de \$10.000 pesos y con un área de 6.000 M2, el 29 de septiembre del mismo año se inicio la construcción donada por el señor FERNANDO SALAZAR GRILLO, a quien se debe su nombre, se hizo un edificio de dos pisos que al terminarlo se avalúo por \$70.000 pesos; el objetivo de su creación fue funcionar como Hospital de servicios gratuitos y la atención se inicio el 16 de enero de 1.945, con la condición de que allí

vivieran las hermanas de la comunidad Vicentina. Después de algunos años el Hospital pasó a depender del departamento, hasta hoy que se encuentra en proceso de transformación para convertirse en Empresa Social del Estado. Además se cuenta con el Instituto de Seguros Sociales que funciona en el municipio desde el año 1.976. Otro recurso en salud son los profesionales de consulta particular y varios centros médicos.

En educación para la enseñanza oficial primaria el municipio cuenta con 23 escuelas así: 7 urbanas, 15 rurales y nocturna. Además funcionan 2 colegios: El Departamental con enseñanza secundaria y el Colegio Zambrano Camader, que otorgan título de bachillerato académico. Destacan además el Instituto de Promoción Social y en Primaria El Liceo Villeta y el Colegio Madre del Divino Pastor.

Historicamente con su nombre original La Villeta de San Miguel, fue fundada por Alonso de Olaya y Hernando de Alcocer el 29 de septiembre de 1551. Estos personajes fueron comisionados por Gonzálo Jiménez de Quesada para que intentarían la participación de los indios Panches,; nativos habitantes de esta región.

Las tribus que habitaban el hoy territorio de Villeta; eran: Tobia (Canasta); Cune, Namay, Mani (oro ajeno) y Chapaima. El principal comercio lo hacían con los indios Hondas en pescado por legumbres y con los chibchas por sal.

Sus principales cacicazgos eran: Chaguani, El Siquima, El Bituima, El Quipile, El Chapaima, El Mani, El Cune.

Don Hernando de Alcocer, trajo la semilla de caña, la cultivó beneficiándola luego en rústicos trapiches de madera y luego de piedra iniciando una nueva forma de trabajo para los habitantes.

La historia eclesiástica de Villeta comienza desde su fundación. En 1552 construcción de la primera iglesia. Desde el principio de la conquista, tres comunidades fueron enviadas para catequizar a los indios: La Franciscana, la Agustina, la Dominica.

En 1589 se desató la primera epidemia de viruela que devasta a los indios, la cual alteró la forma de vida indígena.

Por la misma fecha: el gobierno de Villeta estableció el famoso suplicio en la plaza, llamado " El Rollo", consistente en una columna de piedra en donde se azotaba a los deudores morosos y se ajusticiaba a los malhechores

En 1628 fue construido un acueducto de tanque subterráneo que ayudó a solucionar los problemas sanitarios de la época.

En 1793 se realizó un censo, del cual se extraen los siguientes resultados: vecinos 320; almas 1600; trapiches 59; mulas 484.

En 1816 llegó a Colombia Don Guillermo Wiull's y se consagró a sembrar caña a "la moderna", científicamente y a beneficiarla en el primer trapiche movido por agua que se tuvo en el país.

A él se le debe la introducción de un gran progreso en nuestra Industria Azucarera y tanto escritos útiles entre ellos un tratado de geología en lenguaje familiar al alcance de nuestros modestos agricultores.

En 1850, a principios de año, se desató en Villeta una epidemia del Cólera causando la alarma sanitaria en esa época.

En 1886 Por Decreto No. 53 fué creado el Círculo Notarial de Villeta, el Gobernador del Distrito Federal la señala como cabecera del octavo departamento con capital Villeta.

El acueducto del que dispone el municipio en este momento tuvo su origen en 1898 mediante la ordenanza número 27, que hizo efectiva su construcción..

En julio 1o. de julio de 1915 por Decreto del Arzobispado fué creada la Vicería Foránea número 25, quedando como sede Villeta. Dicha disposición fué dictada por el Ilustrísimo

señor Bernardo Herrera Restrepo, Arzobispo de Bogotá y comprendiendo las Parroquias de Quebradanegra, Sasaima y Villeta.

Dentro del grupo Villeta - Cáqueza, este Municipio es importante por encontrarse los yacimientos de sal que explotan en las minas de Zipaquirá, Nemocóon, y Sesquilé y las esmeraldas de Muzo y Chivor. Además, se conocen yacimientos de Zinc, Baritina, azufre y yeso.

El Colegio Departamental Integral Alonso de Olalla, con sede en el municipio, fuè fundado en 1948 por medio de la ordenanza número 38 del 31 de Diciembre de 1948, dando su primera promoción de bachilleres en el año de 1963.

Villeta de San miguel fuè sitio tradicional y obligado de descanso para viajeros que deseaban llegar al centro del país por la vía que conduce de Honda a Santafè de Bogotá. Esta ubicación estratégica permitiò que Villeta se convirtiera en localidad importante de la región.

En 1962 se construyeron las concentraciones escolares Guillermo Leòn Valencia, Carlos Lleras Restrepo, Sixto Lòpez Lleras, el Instituto de Promoción Social y otros establecimientos educativos ofreciendo acceso a la educación a menores de la època.

Por medio de la beneficencia de Cundinamarca se creò un centro Geriàtrico de la Tercera edad, ubicado a un kilòmetro de la ciudad por la via que conduce a Tobia.

Mediante acuerdo 014 de Diciembre 21 de 1974, el Honorable concejo municipal aprobò el escudo mobiliario para Villeta, y mediante el acuerdo nùmero 049 de Julio siete de 1977, la bandera de la ciudad de Villeta con los colores verde, amarillo y rojo , llevando en el centro el escudo.

En el año de 1978 fuè creado el Festival de la Molienda celebrado en el mes de enero. Es importante resaltar que desde hace varios años Villeta se ha ido consolidando como un pujante centro turistico, lo cual confirma su posiciòn como uno de los principales municipios de Cundinamarca.

0.2 PROPOSITO

El propósito de esta investigación es el de examinar los factores existentes en el campo biológico, el entorno social, ambiental y económico; en los estilos de vida y servicios de salud de la comunidad residente en el municipio de Villeta, que determinan el estado de salud de la población, con base en la información histórica y el diagnóstico de la situación actual del municipio, se busca determinar prioridades estratégicas a fin de obtener un modelo operacional de municipio sano en nuestro medio.

Se pretende que el análisis sirva como marco de referencia para proyectos posteriores en otros municipios del país , los cuales tiendan a dar soluciones a problemas sanitarios en la comunidad.

0.3 OBJETIVO GENERAL

Realizar el diagnóstico socioeconómico y de salud del municipio de VILLETA, con el objeto de implementar y orientar estrategias de participación comunitaria en el desarrollo del plan para alcanzar un "MUNICIPIO SANO"; definiendo a la "IMAGEN HORIZONTE" de la ciudad y de acuerdo con ella, integrar tanto los recursos del sector salud como de los otros sectores, para dar solución a los principales problemas detectados e iniciar el proceso de reestructuración municipal, que conduzcan finalmente a la integración de Villeta en la red de "CIUDADES SANAS" de la OMS-OPS

O.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la situación de salud de la población del municipio de Villeta.
- Estimar la prevalencia de los componentes biológicos prioritarios que afecten la salud de la comunidad.
- Determinar las características del entorno físico y socioeconómico de la población.
- Determinar los aspectos del estilo de vida que afectan la salud, como hábitos y conductas de la comunidad.
- Identificar las características biológicas de la población por grupos etáreos.
- Establecer las estrategias metodológicas para transformar a corto, mediano y largo plazo los factores físicos, biológicos y socioeconómicos que afectan a la población, buscando los mecanismos reales para hacer dinámico el proceso de desarrollo con miras a lograr un municipio sano.
- Determinar las condiciones de acceso a servicios de salud en el municipio.

1. MARCO TEORICO

1.1 CAMPO DE ESTUDIO

La investigación intenta realizar un acercamiento hacia el conocimiento de las condiciones socio-económicas y de salud del municipio de Villeta, para con base en dicho conocimiento definir la imàgen horizonte hacia la consolidación de Villeta como municipio sano en Colombia

A través de la historia se ha plasmado el interés por conocer la relación entre condiciones de vida y salud, la cual tiene lugar en toda forma de organización social. Ha sido incuestionable que la salud-enfermedad de las diferentes clases sociales, depende en gran medida de sus particulares condiciones de vida y trabajo. Desde el siglo segundo Galeno planteaba "que la vida de muchos hombres es afectada por las particularidades de su ocupación e inevitablemente serán dañados por lo que hacen, y, que algunos viven así, a causa de la pobreza y otros a causa de la esclavitud" (1).

En 1.790 Johan Peter Frank, pionero de la medicina social, señalaba que "la miseria del pueblo es la madre de las enfermedades" (2) Lo cual hacia manifiesta la concientización de la relación entre las condiciones de vida y la salud, imperantes en la Europa del siglo XVIII; época enmarcada por los procesos de la revolución industrial.

Fue en el siglo XIX, con Virchow en Alemania que se introduce el concepto de medicina social, donde se destaca el pensamiento higienista que señalaba que la enfermedad estaba relacionada con los problemas sociales y que el estado debía intervenir activamente en la solución de los problemas de la salud. Virchow resalta: " La medicina es una ciencia política y la política no es más que medicina a gran escala"(). Paralelamente en este siglo se presenta la concepción de la medicina científica, enmarcada por los conceptos biólogos, los cuales trazan una línea de acción de desarrollo tecnócrata, relegando el interés por las condiciones de vida y la salud de la medicina social a un segundo plano.

Es en el siglo XX para la década de los 70, donde se plantea el resurgimiento de la llamada investigación de la Epidemiología Social, que busca analizar el proceso de salud-enfermedad y la sociedad, imponiéndose a los conceptos de la Epidemiología tradicional. La primera inquietud planteada por el nuevo método, hacía énfasis en la distribución y determinación social del proceso de salud- enfermedad de los grupos humanos, abordando el análisis de los diferentes procesos sociales desde la perspectiva de una teoría social general.

De este proceso se distinguen dos líneas principales de investigación epidemiológica social: el primero, derivado de la utilización de los conceptos del proceso de producción, entendiendo este como el proceso biológico humano de entrar en contacto con la naturaleza, transformarla y transformarse a mismo a través del trabajo, como carácter social. Y el segundo, que realiza el examen de la distribución diferencial de la salud-enfermedad por clases sociales, partiendo de la categoría general de la reproducción social, lo cual nos permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una colectividad, o de sus clases sociales. En esta línea de investigación se plantean las condiciones de vida que nos permiten determinar significativamente los perfiles de salud-enfermedad de los diferentes grupos humanos.

El estado actual del conocimiento en el área de investigación en Epidemiología, que se ocupa del estudio de la relación entre condiciones de vida y salud, ha venido tomando varias tendencias para abordar un objeto de estudio común: unos analizan las condiciones de vida como parte de perfiles epidemiológicos generales, otros examinan las condiciones y formas en que se presentan en el territorio su integración con los procesos de salud-enfermedad, y por último otros analizan las condiciones en su relación con entidades patológicas específicas.

La característica común en estas investigaciones es el análisis de la distribución clasista de la salud-enfermedad, con énfasis en el proceso de consumo y condiciones de vida de la población.

1.2 DESARROLLO HISTORICO DE CIUDADES Y SANIDAD

La problemática sanitaria en las ciudades, no es fenómeno exclusivo de las sociedades contemporáneas. Es en sí la concentración permanente de una población numerosa en un área territorial limitada, donde se reflejan los problemas .

Con el surgimiento de la revolución industrial, se genera la concentración de la población en grandes centros urbanos, generando hacinamiento en viviendas miserables y barrios carentes de los más elementales servicios, característico de las masas proletarias que buscaban una oportunidad laboral en la ciudad industrial, lo cual condujo a una problemática sanitaria de gravedad extrema, determinando mortíferas epidemias en la urbe. Esto dio paso al surgimiento de la llamada "medicina urbana", como una de las principales áreas de la medicina social en la Europa de los siglos XVII y XVIII. Como ideal político - médico de la organización sanitaria de los conglomerados poblacionales Europeos, se acude al esquema de la Cuarentena, que poco más tarde da origen al modelo de higiene pública, "entendida como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud" (4), modelo que aparece

en la segunda mitad del siglo XVIII y da origen a la medicina urbana. Con el desarrollo de este modelo, la política médica urbana, se ve representada por la "policía médica urbana", a quien se le otorgó la función de la vigilancia y el control sanitario de los cementerios y lugares que presentaban algún peligro para la salud, y a su vez, supervisaban los abastecimientos de agua y las circulaciones de aire.

Con la noción de salubridad entendida como "la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos" (5), se entra en el campo del medio ambiente y sus elementos constitutivos, como componente fundamental que facilita la buena salud. La medicina social urbana se acercaba más a las pequeñas comunidades de la ciudad a principios del siglo XIX en Francia, en relación a los conceptos propuestos por la medicina estatal.

Para esta misma época en Inglaterra, se estableció la medicina de la fuerza laboral, la cual tenía como función ocuparse de las masas en proletarización que habitaban las nuevas ciudades industriales. Se inicia el proceso de leyes para los pobres, o , "Poor Laws" figura que permitía la asistencia médica estatal y que condujo a la formación de el "Health Service", con lo que se pretendía aumentar la cobertura de la atención en salud a toda la población y conseguir un recurso humano más eficiente para la labor y de menos riesgo de epidemia para las clases adineradas.

Fue para el siglo XIX en que los Estados comenzaron a preocuparse de la problemática del reordenamiento urbano y se inicia la construcción de grandes obras públicas, y el desarrollo de la ciudad, con el fin de recuperar el control sobre ellas.

Como característica fundamental se observó la intervención autoritaria del Estado en las diferentes formas de la medicina social, bien sea medicina del Estado, medicina urbana, o medicina de la fuerza laboral, en donde los ámbitos de la vida, del individuo y de la sociedad, pasaron a ser un objeto de control y normatización. Por la amenaza que representaba el hacinamiento de los habitantes en las ciudades, la situación sanitaria urbana fue uno de los primeros problemas que debieron ser atendidos por el Estado, generando una interrelación entre las normas sanitarias y las de reordenamiento urbano vigentes hasta la fecha.

El objetivo de llegar a tener localidades sanas con las mejores condiciones de salud para sus habitantes, es una aspiración universal de quienes quieren hacer frente al aumento en el deterioro de la salud de la población.

1.3 HACIA UNA NUEVA SANIDAD MUNDIAL.

Han sido cerca de 30 años de énfasis en los modelos terapéuticos de las ciencias de la salud, y el continuo reflejo de la ineficiencia de la medicina para mejorar la situación de salud del ser humano, que invitan a un renacimiento de la sanidad, argumentado los conceptos de la promoción y prevención en salud.

De la reflexión de los gobiernos del mundo, que día a día hacen frente al aumento de la demanda potencial en la asistencia sanitaria requerida por sus ciudadanos, y, donde gran parte de sus recursos son consumidos por las acciones terapéuticas médicas, se ha optado por aplicar el refrán popular de que "Más vale prevenir que lamentar". Por que no se puede desconocer el significado positivo, que determina la relación costo - beneficio de la prevención en salud, frente a los procesos terapéuticos médicos evitables.

Para hacer mención del marco de acción en que la medicina se encuentra, John Ashton concluye acerca del futuro que "el papel de la medicina continuará siendo de alivio del sufrimiento producido por algunas enfermedades y de aplicación de medidas específicas

de prevención desde la clínica. Las grandes mejoras en salud provenientes de la reducción de las muertes prematuras y la promoción del bienestar, se obtendrán primeramente de actuaciones fuera del sector médico" (6), lo que permite determinar como el impacto de la medicina se centra hoy y hacia el futuro, en la incapacidad y no en la muerte.

Es para el año de 1977, que el surgimiento de un movimiento salubrista que aborda la problemática de salud encuentra eco, en las estrategias de la OMS de "Salud para todos en el año 2000"; donde su enfoque se centró en la premisa de que "todos los habitantes de todos los países, tengan el nivel de salud suficiente para que trabajen productivamente y participen activamente en la vida social de la comunidad en que viven" (7). El documento plantea tres principios fundamentales como son: el optar por la Atención Primaria, la participación conjunta de los profesionales y la población, a la vez con la colaboración intersectorial. Son tres los objetivos que se trazan, siendo fundamental; la promoción de estilos de vida más sanos, la prevención de enfermedades evitables y la rehabilitación de las secuelas de la enfermedad.

Asumir los problemas de salud, debe contemplarse en la racionalidad médica, centrando los aspectos sociales de la salud y promulgando el autocuidado de la población con el desarrollo de actividades intersectoriales, que integren la asistencia médica para el logro del bienestar social. Adicionalmente la integración de la promoción estatal de una buena

salud con la medicina preventiva, complementada a su vez por programas terapéuticos y de rehabilitación, en búsqueda de una asistencia con igualdad y oportunidad, que invite a la participación comunitaria. " Así la salud misma se contempla como un recurso para la vida cotidiana más que un fin en si misma". (8)

El nuevo concepto de promoción de la salud emanado de la OMS, se fundamenta en cinco principios, que conducen a capacitar a la población para controlar y mejorar su salud. La promoción de la salud supone involucrar a la población en los actos de la vida humana a cambio de restringirse a la atención de los centros asistenciales de personas con elevados riesgos, se invita a trabajar sobre la causa de las enfermedades, orienta a la educación e información, al desarrollo y organización comunitarios y a acciones legales y de defensa de la salud.

La carta de Ottawa, en donde se asumieron los principios sobre promoción de la salud, hace referencia a construir políticas que ayuden a la salud y donde el ideal se dirige a que "las opciones mas sanas sean las opciones mas fáciles ", a la construcción de ambientes favorecedores en las condiciones laborales y de vida que sean satisfactorias, estimulantes y placenteras. Se concibe a su vez, que el núcleo del proceso sean las comunidades como portadoras del poder de desarrollo autónomo de sus propias iniciativas. El suministro de información y la educación para la salud, es una de las herramientas de mayor aprovechamiento para la población, que pretende desarrollar las habilidades necesarias

para su vida. En Villeta se ha iniciado un proceso de participación comunitario hasta ahora lento por falta de diagnóstico, por lo tanto esta información va a permitir orientar políticas en salud más acordes con las necesidades y estilos de vida de sus habitantes llevando al reordenamiento de los servicios asistenciales, abanderados por la responsabilidad de los usuarios, grupos comunitarios, profesionales de la salud y entidades gubernamentales.

"Los objetivos de salud" para todos en el año 2000, se sintetizan a continuación y son ellos los tenidos en cuenta para diseñar unas estrategias, tanto preventivas como de atención a la población objeto de estudio.

- Igualdad en la salud; toda la población independiente del Estrato del SISBEN, tiene derecho a unas condiciones sanitarias adecuadas y a la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Añadir vida en los años; Mejorar la calidad de vida de todos los habitantes del municipio de Villeta.
- Mejorar las oportunidades para los incapacitados; implementando programas especiales de rehabilitación y educación.
- Reducir las enfermedades e incapacidades; realizando actividades de promoción y prevención en el área de influencia en :
 - Sarampión, la polio, el tétano neonatal, la rubeola congénita, la difteria, la sífilis congénita y la malaria autóctona .

- La expectativa de vida al nacer.
- La mortalidad infantil.
- La mortalidad materna.
- Las enfermedades circulatorias.
- El cáncer.
- Los accidentes.
- El incremento en los suicidios.

Con respecto a los estilos de vida conducentes a la salud para todos la carta de Ottawa propone lo que a continuación se enumera:

- El desarrollo de políticas encaminadas a la salud .
- El desarrollo de sistemas de apoyo social.
- El mejorar los conocimientos y motivaciones para una conducta saludable
- La promoción de conductas hacia una salud positiva.
- La disminución de las conductas dañinas para la salud.
- La creación de políticas ambientales encaminadas a la salud.
- La monitorización, valoración y control de los riesgos ambientales .
- El control de la polución del agua .
- La protección contra la polución del aire.

- La mejora en el control e higiene de los alimentos.
- La protección contra los residuos.
- Mejora de las condiciones de vivienda.
- Protección contra los riesgos laborales.

Para proporcionar una asistencia adecuada los objetivos van encaminados a:

- Sistemas asistenciales basados en la atención primaria.
- Distribución de los recursos de acuerdo con las necesidades.
- Reorientación de la atención primaria médica.
- Desarrollar equipos de trabajo.
- Coordinar los servicios.
- Asegurar la calidad de los servicios." (9)

Es claro ver como las propuestas aquí enunciadas coinciden de manera concreta con los objetivos en salud emanados por la Constitución Colombiana.

1.3.1 El Proyecto de ciudades sanas. La idea del proyecto " Ciudades sanas " es prestar apoyo a la promoción de la salud con base en la localidad. Surge como respuesta a la necesidad de un nuevo movimiento sanitario, con base en los postulados de la OMS de

"Salud para todos en el año 2.000", y el documento del informe Canadiense de 1.974, en el que los factores determinantes de la salud para Mark Lalonde en una comunidad están dados; por componentes biológicos, del entorno social, estilos de vida y acceso a los servicios médicos; en su estudio de determinantes de salud y gasto público, evidenció un claro desequilibrio entre la inversión pública y los determinantes mencionados.

El análisis de los determinantes expuestos por Lalonde se plasman en cuatro componentes fundamentales los cuales concuerdan con la OMS para el proyecto de "CIUDADES SANAS" y describen como:

-Un Componente Biológico, que incluye los aspectos de salud mental y físico que se desarrolla como consecuencia del proceso vital básico del hombre. Estos elementos incluyen la genética del individuo, el proceso de maduración y envejecimiento y los numerosos sistemas complejos del cuerpo humano (sistema óseo, nervioso, muscular, cardiovascular, endocrino, digestivo etc). Cada uno de estos elementos conlleva a un número igual o superior de enfermedades (artritis, diabetes, arteriosclerosis, cáncer, retardo mental y en fin un sinnúmero de enfermedades), que se originan en cada uno de los componentes biológicos del complicado organismo humano.

-Un Entorno social, que incluye todas aquellas condiciones de la salud, que son externas

al cuerpo humano y sobre las cuales el individuo tiene algún o ningún control sobre ellas, tales como asegurar las necesidades básicas, y todo aquello que condicione efectos contaminantes que afecten la salud del cuerpo humano; en este caso, se incluyen aspectos que tienen que ver con los servicios públicos, condiciones de vivienda, etc.

-Un estilo de Vida, fundamental en el campo de la cultura, donde los hábitos que toma cada persona, asumidos por su propia voluntad y riesgo así no sean los más adecuados desde el punto de vista de la salud-; contribuyen al desarrollo de enfermedades y muertes, específicamente relacionados al estilo de vida escogido. Entre ellos, las pautas de comportamiento cultural, hábitos alimenticios, etc.

-Un acceso a los servicios médicos; que consiste en la calidad y cantidad de oportunidades que tenga el individuo al servicio médico y/o medicinas alternativas (hospitales, enfermería, ambulancias, medicamentos, personal asistencial en todas las áreas de la salud, etc.) Hasta ahora, se observa en la mayoría de los esquemas organizacionales, que su esfuerzo está orientado a perfeccionar el campo de la atención de la enfermedad, pero si todos los esfuerzos se centraran en identificar las causas de enfermedad originadas en los tres factores determinantes mencionados con anterioridad, se reduciría el riesgo de enfermar y se aumenta la esperanza de vida.(10)

Del modelo conceptual de campo de salud de Mark Lalonde, adoptamos la multicausalidad, que se ve reportada en las cuatro categorías sobre las cuales se pueden conocer problemas y magnitudes de incidencia, así como las soluciones directas e indirectas, dando como base conceptual las principales políticas sanitarias en materia de atención primaria de los últimos años.

La acción de iniciar la creación de una red de ciudades sanas a nivel mundial, que colaboraran en el desarrollo de las iniciativas de promoción de la salud, fue delegada a la secciones de promoción de la salud y de salud ambiental de la organización mundial de la salud.

Según John Ashton en su documento sobre ciudades sanas " definir a una ciudad como sana no es tarea fácil, pero de lo que sí podemos estar seguros, es de que una ciudad sana es algo más que una ciudad con buenos hospitales ." (Ashton y cols.,1.986).

Para Hancock y Duhl, una ciudad sana es aquella que de forma continua está mejorando su ambiente físico y social y potenciando aquellos recursos comunitarios que permiten a la población realizar todas las funciones de la vida y autodesarrollarse hasta su máximo potencial , desde una perspectiva de apoyo mutuo . (Hancock y Duhl , 1.986.) .

Los parámetros que se deben medir para determinar la calidad de una ciudad con respecto a la salud son; la mortalidad, la morbilidad, y la calidad de los servicios asistenciales. A su vez se debe tener en cuenta indicadores sociales tales como la cultura, la participación, la colaboración intersectorial y los niveles de apoyo social, los cuales son fundamentales para el caso del estudio.

Algunos indicadores que hay que tener en cuenta para el desarrollo de una localidad sana son: los demográficos, la calidad en el ambiente físico (determinados por la contaminación, la infraestructura y la vivienda.), la situación económica local, la calidad del ambiente social (incluyendo mediciones de calidad de los servicios locales, fuerza y naturaleza de la cultura local), la seguridad ciudadana, la estética ambiental y calidad de vida, el nivel de escolarización, la estructura de gobierno y nivel de participación ciudadana, el nivel de colaboración intersectorial y énfasis en la política sanitaria, los indicadores de la promoción de la salud (participación en ejercicio físico, hábitos dietéticos y uso de alcohol y tabaco), calidad, igualdad y disponibilidad de los servicios sanitarios y finalmente articularlo con un enfoque multidisciplinario y el reconocimiento de la validez de los datos subjetivos. (Ashton y cols., 1986). El reto a que se enfrenta el programa es al de encontrar nuevos campos para alcanzar una alta calidad de vida y salud para todos los vecinos de la localidad.

1.3.2 Municipios Sanos en Colombia. El día 12 de diciembre de 1.991, se realizó el Foro sobre descentralización y municipios saludables en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., de donde surge la declaración para la promoción de la salud como un instrumento de apoyo en la transformación de los sistemas municipales de salud, así como para estimular la cooperación, el compromiso y la participación de todos los sectores que componen la comunidad, en el propósito de mantener nuestros ambientes de vida y de trabajo saludables.

El Ministerio de Salud en Colombia, adopto los preceptos de la Constitución del 91, donde se determina a la salud como un derecho, una inversión social y un recurso para el desarrollo de los pueblos. Se genera una apertura en la acción que conduce a ampliar los componentes, que se asumían como indispensables para el desarrollo de la salud, ampliandolos frente a los programas ambientales, sociales, políticos y económicos, que conducen más allá de obtener estilos de vida sanos y un mejor estado de bienestar, argumentados en políticas públicas y acciones de la participación comunitaria.

El Ministerio de Salud Colombiano asume el programa de "Municipios Sanos" propuesto por la OMS y define al "Municipio Saludable" como "un municipio, donde las autoridades, las instituciones, las organizaciones públicas y privadas, empresarios y trabajadores, individuos y familias, dedican esfuerzos permanentes a mejorar sus

condiciones de vida y ambiente físico y natural, y expande los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia".(Min Salud., 1991).

Los objetivos de la política de "Municipios Saludables" pretenden desarrollar una estrategia dinámica para el mejoramiento de la calidad de vida de los municipios, hacer una fusión de el gobierno con el ciudadano en busca de causas comunes que se ajusten a las necesidades de la población, generando de esta manera el compromiso de las localidades en la interacción socio - cultural y política que invite al mejoramiento de la salud. " Que la vida tenga más años, los años más vida, y la vida más salud."

La misión del municipio es crear los mecanismos para que los programas en salud sean un compromiso de las instituciones y de las agendas políticas, que permitan producir cambios y desarrollar acciones innovadoras. El compromiso del municipio para políticas saludables emana de las decisiones que se toman sobre el desarrollo económico, social y cultural; de la transformación que se de en los estilos de vida de sus moradores, de la protección ambiental (en cuencas hidrográficas, polución del aire, manejo de basuras, ruidos y polución visual). Parte del desarrollo de la participación activa social, del evitar la desigualdad en la salud, de conducir a la población a la convivencia, la solidaridad y la democracia. Se sustenta en la descentralización de los servicios de salud.

El reconocimiento de un municipio saludable en Colombia se da en el momento en que se haga solicitud al Ministerio de Salud y este designe una comisión conceptualizadora, que estudia las características desde el punto de vista de la calidad de vida y salud y evalúa las características de compromiso de la municipalidad. La expedición de Actas de Compromiso determinan su aceptación y deben ser firmadas por los miembros del Comité Intersectorial, el Alcalde y el Secretario del Servicio de Salud. Este reconocimiento se ha determinado en dos fases.

En la Primera Fase, el Concejo municipal dicta una resolución donde declara: que el municipio se adhiere al programa de Municipios Saludables; el compromiso para con los ciudadanos para llegar a ser un municipio con adecuado nivel de salud, actuando tanto como líder, y como parte del proceso; el compromiso de encaminar sus decisiones y curso de acción hacia el mejoramiento de la salud y la calidad de vida; el compromiso de reorientar los recursos existentes a fin de contribuir en los aspectos humanos, materiales, administrativos y financieros del desarrollo del proceso de Municipios Saludables y de Promoción de la Salud; el compromiso de compartir sus conocimientos y experiencias con otros municipios. La conformación de un comité multisectorial (Comité de Participación Comunitaria).

En la Segunda Fase, el Consejo Municipal y la Secretaria Municipal de Salud cursan la

adopción de proyectos que orientan y conducen a resolver los problemas específicos de salud, con la cooperación de por lo menos una organización de un sector diferente al de salud y con la participación activa de la comunidad y a su vez la municipalidad haya establecido una estructura mínima para programas de municipios saludables con un coordinador a cargo de este, con la participación de representantes de las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Finalmente, el proyecto de investigación del equipo del Colegio Odontológico Colombiano aporta y ofrece una propuesta, de cómo iniciar el proceso de desarrollo de Municipio Saludable en Villeta, identificando aspectos claves en este proceso, como lo son : el incrementar la conciencia y el conocimiento de los organismos del gobierno municipal y de las organizaciones comunitarias, el desarrollar propuestas y adoptarlas a través de los organismos de gobierno, el planear e implementar acciones concretas y específicas y el gerenciar los proyectos.

Un verdadero esquema de promoción de la salud es aquel que entrega al individuo un cambio de concepción sobre la salud, determina las estrategias para cumplir la meta de salud para todos, controla las enfermedades no transmisibles, educando al hombre para mantener su propia salud, disminuyendo los costos de la atención a la enfermedad y estabilizando la crisis organizacional y financiera.

La implementación de este esquema en el municipio, debe partir de el trabajo intersectorial y comunitario, mediante el análisis de los resultados de este estudio y la concertación de planes para el desarrollo, en los que se haga manifiesto el sentir de la población de base.

1.4 MARCO LEGAL Y ORGANIZACION NACIONAL Y MUNICIPAL

El proceso del reordenamiento institucional y financiero del sector salud en Colombia se antecede por dos épocas representativas del presente siglo; la primera época se centra en el siglo XIX cuando en los años 50 las acciones estatales se limitaban a funciones policivas de vigilancia, inspección y coacción sobre la higiene pública. Con el indicativo de "salubridad pública" las acciones se centraron en la actividad industrial y profesional (1.886), Constitución de Colombia (11), y como "asistencia pública" a los individuos con incapacidad laboral. (1.936). Acto Legislativo No. 1 de 1.936 (12). Fueron diferentes los organismos y dependencias gubernamentales constituidos en la época. Para 1.986 se integró la Junta Central de Higiene, en 1.913 se creó el Ministerio de Gobierno-Consejo Superior de Sanidad, que posteriormente fué denominado Ministerio de Instrucción Pública- Junta Central de Higiene (1.918), para 1.920 se constituyó en el Ministerio de Agricultura y Comercio que llegó a ser el Ministerio de Instrucción Pública-Dirección Nacional de Higiene.

Más tarde asume la función la presidencia de la república (1.931) creando un departamento interno denominado Departamento Nacional de Higiene y Asistencia

Pública. Este es reemplazado por el Ministerio de Gobierno- Departamento Administrativo de Higiene y Asistencia Pública (1.934). Para 1.938 se constituyó en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Prevención Social, de donde surge ocho años después el Ministerio de Trabajo, Higiene, y Seguridad Social- Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (1.946). Finaliza esta época en 1.946 con el Ministerio de Higiene Desarrollo Institucional de Estado (13).

La segunda época comprendida entre los años 70 y 80 determina el proceso del Sistema Nacional de Salud, quien en un primer período comprendido entre 1.958 y 1.974 cumple la formación del sistema enmarcado en las tendencias higienistas del período anterior, el cual pretende integrarse a la dinámica del desarrollo.

Se adopta el concepto de saneamiento en contraposición al de higiene, quien cumple una función de acción sobre las cosas. La salud pública fié sinónimo de salud del pueblo, y la práctica de las medidas de medicina preventiva. Se acude a las medidas para la prolongación de la vida, la promoción de la salud física y mental y la eficiencia de los esfuerzos de la comunidad (14).

Para el segundo período ocurren algunos hechos institucionales tales como la aparición del Ministerio de Salud Pública, el cual marca el inicio de una orientación salubrista para la época.

Fue hasta 1.966 donde el Estado asume la responsabilidad de la prestación y financiación de los servicios de la salud, lo cual marca un creciente desarrollo institucional. Pero es con la reforma de la Constitución de 1.968, que otorgó un modelo centralista y tecnocrático que de esta manera se desarrollara el Sistema Nacional de Salud.

A finales de los años 70 la salud se consideró como una inversión y no como un gasto. Por lo que se adoptó el objeto de la Planeación Rigurosa (15). La orientación sanitaria tomó un objetivo de inversión con base en estrategias, "comenzó a manifestarse en dos sentidos fundamentales: ampliación de coberturas a costos mínimos y administración de la asistencia médica por parte del Estado". (16).

La operacionalización de los Servicios Seccionales de Salud, pilar de la nueva estructura organizacional, y la concepción esquemática del Sistema Regional de los Servicios, fundamentado, en sus cuatro niveles de atención médica da el paso a la articulación del Plan Nacional Hospitalario, con el soporte de la Ley 9 de 1.973, que confirió facultades extraordinarias a la Presidencia de la República con el fin de estructurar el servicio de salud, generando a partir de 1.975 la organización formal al Sistema Nacional de Salud.

La orientación económica de la salud determinó un nuevo delineamiento frente a la comprensión del fenómeno salud-enfermedad, adoptándose la teoría multicausal de la

enfermedad, que actuaba de manera activa con los programas de salud y el desarrollo, frente al concepto unicausal planteado con anterioridad. La etiología de la enfermedad se proyecta al entendimiento de la fenomenología social, que consideraba la salud como la resultante de las condiciones de vida del pueblo. Podemos observar así, como en su proceso de metamorfosis la medicina adopta de una posición unicausal, apropiando lo curativo, y, marginando los rasgos de la medicina social y preventiva a la práctica privada y al nivel hospitalario.

El Sistema Nacional de Salud, desde su creación surgió como "el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación".(17), pero que nunca pudo cumplir su cometido, tal vez, por lo complejo de sus esquemas y lo confuso de su ejecución.

Retomando el modelo teórico general de sistemas se hizo frente a la diversidad de instituciones prestadoras de servicios con el objeto de articularlas en un modelo centralista de decisión política, planeación y asignación de recursos el cual intentaba la delegación funcional de la Nación a los departamentos, quien organizaban y prestaban los servicios de salud. Modelo menos aplicable a la realidad manifiesta por nuestra nación.

Es con el Decreto 056 de 1.975 con que se intenta articular, todas las entidades al sistema, siendo una de ellas la asistencia pública quien en su condición de persona jurídica de derecho público y con la cual se perciben los aportes del estado, donde se ven representados los servicios de salud a la población y la asistencia pública en su calidad de persona jurídica de derecho privado que asiste servicios de salud a la comunidad receptora o no de aportes del Estado. (18).

La agrupación en tres subsectores del conjunto institucional se configura con el Decreto 654 de 1.974 , que le otorgaba el carácter de Institución Oficial, Mixta y de Seguridad Social y Privada. Esto condujo a una relación débil entre el subsectores público y mixto con la seguridad social y el subsector privado.

La puesta en funcionamiento de los subsistemas técnicos nacionales, pretendían garantizar la interrelación de la Nación y los Departamentos. Pero es en la práctica que el comportamiento como dependencias administrativas de los Departamentos, y dependencias técnicas del Ministerio de Salud no se integraran.

En el año de 1.990 con la expedición de la Ley 10, que se concibe un nuevo reordenamiento administrativo y financiero del Sistema Nacional de Salud , que reforma de manera sustancial la necesidad de mejorar los niveles de eficiencia fiscal y administrativa para la utilización de los recursos.

Su meta fundamental consistía en la ampliación de la cobertura, cimentada en el mejoramiento de la calidad y oportunidad del servicios sobre el anterior subsector oficial, generando una interacción con los demás subsectores. Su objetivo se centraba en superar el modelo de la atención intramural el cual era institucional y curativo, para abordar el proceso de salud-enfermedad en sus verdaderos componentes diferenciales de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

Frente a lo anterior nos encontramos por primera vez en la sublimación de la salud como un rasgo del servicio público, en el cual la obligación del Estado garantiza la prestación de los servicios de salud, y la cobertura con calidad y oportunidad y se traduce en un ente planificador, diseñador de políticas y garante de la prestación directa de los servicios, o, en su efecto delegando de la función a los particulares. Con ello se pretendió regular la vigilancia y la intervención en los casos que fuesen necesarios. Se convierte en obligación del Estado financiar total, parcial o cofinanciar los servicios de salud de la población.

Se pretendió dar origen a un nuevo modelo descentralizado de dirección y prestación, donde la Nación sería el ente rector normativo, asesor, planificador y cofinanciado, lo cual no tuvo curso por múltiples factores que interferieron con la realización de los objetivos. Por su parte las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales

intentaban dirigir y prestar los servicios por niveles de complejidad, estando en el primer nivel el cargo de municipios y distritos; en el segundo y tercer nivel los distritos y departamentos. El fenómeno integracionista se quedó en la seguridad y previsión social y el subsector privado de quien se debería apoyar el Sistema de Salud y los Sistemas Territoriales de Salud. Se pretendió plantear políticas de planeación, y de complementariedad en la integración funcional, lo cual no se apartaba de los deseos de un pequeño grupo de intelectuales en salud que intentaban canalizar sus acciones en directrices de marco nacional. Por primera vez, se incita a la comunidad a participar en la planeación y coadministración de los órganos de salud.

El municipio de Villeta se convirtió en un modelo de aplicación de la Ley 10 de 1.990, al iniciar su proceso de descentralización de los servicios de salud y colocar en manos del Alcalde la responsabilidad de asumir y liderar la competencia del Primer Nivel de atención, con el cual el Hospital Salazar de Villeta es orientado a conformarse en una Empresa Social del Estado.

El municipio de Villeta ha conseguido en el proceso, un grado de independencia, de la hasta ahora autoridad distante y ajena, y de la planeación centralizada carente de criterios epidemiológicos de tipo local, que tiende fomentar la burocratología e ineficiencia de la entidad rectora en salud.



Con base en la Ley 10 de 1.990 y su Decreto 1216, el municipio conforma el "Comité de Participación Comunitaria ", el cual en sus comienzos, sesiona mediante reuniones periódicas coordinadas en su totalidad por el hospital local de Villeta, que en razón a la reglamentación del débil Comité de Participación Comunitaria, no permitir una verdadera acción comunitaria, limitándose su accionar a la presentación de conferencias ante un grupo selecto de villetanos, sobre los servicios y dificultades del hospital.

Fué con la reforma de la Constitución de 1.991 que se plasma un punto en el horizonte, argumentando no solamente que la salud era un servicio público, sino que a su vez la seguridad social adquirir el mismo carácter. Sin embargo el devenir de la Ley 10 por razones políticas y dificultades de financiación y la fragilidad institucional, alcanza escasos logros. Nunca vivimos la tan anhelada ampliación de la cobertura de los servicios de salud. Con el transcurrir del año de 1.993 fué necesario ajustar la estructura organizativa y de financiación de los servicios de salud, de donde da principio la Ley 60, que pretendía distribuir las competencias y los recursos entre los diferentes niveles de la organización territorial de la Administración Pública.

A pesar de la formulación de dicha ley, el sector institucional de la seguridad social rompía sus nexos con el Sistema de salud y la garantía del servicio público de la seguridad social a la ciudadanía en materia de salud y régimen prestacional quedaba sin solución, ante lo

cual se orientaron los esfuerzos en generar un servicio único de salud integrando el sistema de salud al sistema de seguridad social, siendo este la esencia de la Ley 100 de 1.993.

De tal manera que se proyecta la posibilidad de garantizar el cumplimiento de las metas de ampliación de coberturas de los servicios de salud a la totalidad de la población, conservando y complementando la organización que, en desarrollo de la Ley 60 se viene dando en el país, generando una forma más racional de la financiación de los servicios. Es a como el régimen contributivo de patronos y trabajadores canaliza los recursos de la seguridad social y a su vez es el régimen subsidiado el que entrega a la población marginal de escasos recursos las bondades de la seguridad social.

Retomando el modelo del municipio de Villeta, que con el surgimiento del Decreto 1416 de 1.990 y la Ley 60 del año en mención plantearon los instrumentos que fortalecieron la gestión comunitaria y permitieron un cambio radical de actitudes en el Comité, se organizaron grupos de trabajo, y se reclamó a la administración municipal la participación de derecho en las diferentes Juntas de entidades descentralizadas de carácter municipal. "La conformación de la Junta administradora Provisional del Hospital Salazar de Villeta con representación de la comunidad, fié una de las primeras actividades de un comité que aprendía a independizarse de un modelo operacional dependiente de la Entidad Hospitalaria, posterior a ello, el Comité generó importantes pasos en el estudio del plan

municipal de salud y consiguió presentar a consideración del Concejo Municipal la iniciativa de integración al plan de desarrollo, que en el presente período tiene vigencia."(19) Fueron muchos los pasos que antecedieron los logros, para mencionar fechas de ejecución de las actividades, en 1.994 se gestaron los siguientes organismos para el plan de descentralización: Comité Municipal de Participación Comunitaria, cuya meta era la integración de las Comunidades de base y la difusión de sus funciones a todos los estamentos de la comunidad (Decretos 1416/90 y 1967/92); Junta de Salud, que en conformidad al Decreto 1416 del 90 tiene el carácter de Junta Administradora Provisional; Fondo Local de Salud, creado por el Acuerdo 09 de 1.993 del Honorable Concejo Municipal de Villeta; Dirección Local de Salud ,proyecto presentado y aprobado por el honorable concejo municipal para la creación de la Secretaria de salud de villeta, como dependencia directa de la Alcaldía Municipal; Plan Local de salud, elaborado con la participación activa de la comunidad; Definición Naturaleza Jurídica del Organismo de Salud, ordenanza por la cual se ha iniciado la declaratoria del Hospital Salazar como establecimiento adscrito al Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual se aspira a constituir como Empresa Social del Estado; posteriormente con la acción directa de las directivas del ente hospitalario, se inicio la Organización del Régimen de Carrera Administrativa, solicitudes que se han realizado a la Secretaría Departamental de Salud.

Para el plan municipal de descentralización (1.995 y 1.997), se cursan y proyectan

actividades como: Organización y Funcionamiento del Sistema Básico de información, que busca la capacitación en las normas expedidas al respecto; Metodología para la Evaluación, Seguimiento y Control Físico, Financiero y de Gestión de los Programas y Proyectos de Salud, el cual cursó contrato con una firma asesora para el mejoramiento del sistema de control interno y análisis organizacional; y la participación del equipo investigador del Colegio Odontológico Colombiano para la ejecución del Sisben y la Encuesta Municipal Sanitaria en coordinación con las autoridades municipales que concluye con la propuesta de la política a seguir para la conformación de lo que es la estructura de la Ley 100; la Implementación del Régimen Subsidiado de Seguridad Social, la constitución de una E.S.S. y se glorifique el ideal de convertir a Villeta en una localidad pionera en el esquema de Comunidades Saludables hacia el tercer milenio.

Para Villeta,. "La multiplicidad de actividades creadas puede llevar a la crítica de los detractores del proceso de ser la excusa para crear más burocracia en el municipio, sin embargo quienes hemos avanzado algunos pasos en el campo de la administración, comprendemos la Burocracia como un modelo administrativo racional, que mediante la especialización de las funciones, y la profesionalización de sus participantes, busca el máximo de eficiencia y confiabilidad en el desarrollo de los procesos. Concepto diferente, es el popular, quien ha visto matizado este ideal de Burocracia por intervenciones Burocráticas como el clientelismo, que debilitan al nombrar personas incapaces con altas influencias en la Administración, el verdadero espíritu Burocrático." (20)

Los Niveles de Gerencia en el municipio (Alcaldía- Jefaturas de Oficina municipal- Gerencias de I.P.S), son los llamados a facilitar los procesos iniciados por la comunidad o liderar en la misma el lanzamiento de estos procesos, conducentes todos a la obtención de las metas propuestas.

1.5 ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS EN SALUD

Históricamente, se puede observar que la medicina avanza más en la lucha contra las enfermedades, cuando estas se reconocen como causantes de gran mortalidad y además aparecen factores ambientales, sociales y sicosomáticos que de una u otra forma inciden en el proceso de desarrollo del diario vivir del individuo dentro de una comunidad.

La estimación del riesgo se basa en el cálculo de la determinación de los factores que lo condicionan y para su determinación, se han presentado criterios epidemiológicos en cuanto a la cuantificación de su frecuencia y con el cruce de las multivariantes que influyen el entorno de la comunidad, es por ello que el equipo investigador del Colegio Odontológico Colombiano, dedica un renglón especial de estudio y análisis de aquellos factores de riesgo que afectan al municipio para que esta investigación planteada, pueda aportar en un corto, mediano y largo plazo, una orientación a las políticas de planeación estrategia de los servicios de salud. Conduciendo los recursos hacia programas de promoción y prevención permitiendo la participación de todos los sectores, disciplinas y con la comunidad misma, ya que es el principal recurso de la salud y es la voz esencial de sus condiciones de vida y bienestar.

1.5.1 Epidemiología. En los estudios epidemiológicos, la hipertensión arterial, ha demostrado una frecuencia alarmante en la población adulta del mundo y lo más importante, la existencia de una relación clara y medible entre ella y la mortalidad por problemas cardiovasculares.

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, define la Hipertensión Arterial "A la elevación de la presión sistólica y/o diastólica". Este fenómeno hemodinámico, tiene gran importancia epidemiológica, por cuanto a mayor elevación de una de las dos o ambas presiones, mayor será la morbimortalidad cardiovascular de los que la sufren.

En Colombia, los primeros datos confiables que se tuvieron de prevalencia en Población General, fueron de la Primera Encuesta Nacional de Morbilidad (1965) que mostró que el 9.6% de los mayores de 15 años tenían cifras de presión sistólica superiores a 160 milímetros de mercurio de presión y 9.2% mayor de 95 milímetros de mercurio de presión diastólica.

Los datos de la segunda encuesta nacional de morbilidad (1977-1980) mostraron tasas de 9.6% en Hombres y 13.6% en mujeres (Población adulta mayor de 15 años).

La Enfermedad Coronaria, ha sido responsable de sinnúmero de muertes de adultos en edad media y productiva por su multicausalidad epidemiológica, es una entidad clínica que se presenta como consecuencia del proceso patológico conocido como arteriosclerosis coronaria, caracterizado por el acumulo de tejido fibroso y grasas en las paredes de las arterias que irrigan el corazón. La reducción mas o menos importante del flujo sanguíneo al miocardio consecuente a la estrechez u oclusión de estos vasos, provoca trastornos serios en la función cardíaca. Desde el punto de vista epidemiológico, se reconocen tres formas importantes de enfermedad coronaria: Angina de Pecho, Infarto del Miocardio y Muerte Súbita ocurrida en adultos sin causa orgánica aparente.

En Colombia existen pocos datos sobre incidencia de enfermedad coronaria, pero los datos de mortalidad, ocupan el cuarto lugar entre las causas de muerte y el grupo entero de afecciones al corazón y los vasos, el primer lugar entre los adultos.

Se identifican universalmente como Factores de Riesgo de Enfermedad Coronaria No modificables; el Sexo, la Edad y la Historia familiar de la enfermedad, como modificables mayores; Los Lípidos Sericos elevados (Colesterol-Triglicéridos), la dieta alta en calorías, la Hipertensión, El Tabaquismo, La intolerancia a los carbohidratos y el estas, y como modificables menores; La obesidad, El sedentarismo, La personalidad y otros.

1.5.2 El Estrès. En las personas produce un desequilibrio emocional, que a la larga se traduce en una repercusión hormonal, con el incremento de catecolaminas y los consiguientes efectos, sobre la tensión arterial. No afecta por igual a todas las personas; dicha acción extrínseca produce en algunas personas efectos incitantes que a otras apenas les repercuten.

1.5.3 Tabaquismo. Los estudios epidemiológicos, muestran que el tabaco es un evidente factor de riesgo en la cardiopatía isquémica, en el cáncer de pulmón, en la bronquitis crónica, en el enfisema, en afecciones vasculares periféricas de carácter obstructivo, en el cáncer de lengua, labio, laringe, esófago, páncreas, vejiga, así como en el aborto, muerte fetal y neonatal y en la úlcera gastroduodenal.

1.5.4 Sedentarismo. Es un factor coadyuvante para adquirir una alteración cardiovascular, ya que el no estímulo a la oxigenación pulmonar y muscular, induce alteraciones del ritmo cardíaco; para ello se recomienda actividad física según las posibilidades para cada persona en función de su edad y condiciones.

1.5.5 Alcoholismo. El consumo excesivo de alcohol, produce hiperlipidemia. En la intoxicación aguda, las lipoproteínas aumentan y en la intoxicación crónica, depende de las complicaciones hepáticas, todo esto induciendo a afecciones cardiovasculares.

1.5.6 Obesidad. Factor que ayuda a las enfermedades cardiovasculares por el acumulo de grasas en los tejidos, por ello hay que combatirla disminuyéndolas en la alimentación diaria.

2 DISEÑO Y METODOLOGIA

2.1 MUESTRAS

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo del municipio de Villeta y para el desarrollo se toman las muestras enunciadas a continuación.

2.1.1 Muestra urbana. Se tomo el universo poblacional urbano del municipio de Villeta, mediante el trazo de una distribución general; diseñada con base en las rutas de facturación de los servicios públicos municipales. Se instruyó al encuestador para que censara la totalidad de las viviendas comprendidas entre la primera y última vivienda asignadas mediante listado individual; a fin de evitar posibles sesgos por viviendas no contempladas en la ruta. Adicionalmente se movilizaron equipos de encuestadores a las áreas no contempladas en la distribución general, asignándoles manzanas urbanas con la instrucción de censar la totalidad de las viviendas habitadas.

Se visitaron de esta manera la totalidad de las viviendas del área urbana. Hubo un 20.37% de viviendas no encuestadas por personas ausentes y un 0.62% de rechazo. El 16.38% de las encuestas se consideraron incompletas y no se incluyen en el presente estudio.

Al terminar el proceso, se obtuvo información de 1809 viviendas urbanas para 7504 personas, lo cual constituye una muestra del 60.2% de la población general. Esta muestra representa un nivel de confianza altamente significativo.

2.1.2 Muestra Rural. Se encuestaron 589 Viviendas para 2434 personas, conformando una muestra del 21.09% de la población rural según DANE 93 (11106 hab.), estableciendo una muestra representativa al nivel de Significancia del 95% con un Error Probable del 2%.

2.1.3 Muestreo de Registros de Morbilidad. Para el Estudio de Morbilidad, se emplearon los instrumentos institucionales existentes para el registro del Diario de Consulta del año 1994. Se registró la totalidad de los datos de dicho año correspondientes al Hospital Salazar de Villeta, obteniendo información sobre 14657 actividades de Consulta Externa; 1727 actividades de Odontología y 7479 actividades de Urgencias. Así mismo se registró la totalidad de los datos procedentes de los Puestos de Salud del área de influencia, obteniendo información sobre 903 actividades de Consulta Externa.

Se procesó igualmente la información de una muestra del 77.5 % de los registros de la EPS Seguro Social CAA Villeta Obteniendo información sobre 5976 actividades de Consulta Externa.

Adicionalmente se obtuvo información de los registros diarios de la consulta del Centro Médico de Asesorías en medicina preventiva y seguridad social ASMEP Ltda, con sede en la localidad, correspondientes al primer semestre de 1994, procesando la totalidad de los mismos, para un total de 720 actividades de Consulta Externa.

2.1.4 La Muestra de morbilidad por Estrato Socioeconómico. La disponibilidad de una base de datos tan amplia y la caracterización por estrato socioeconómico aportada por el SISBEN , sumada a ella los registros de Morbilidad de la Población durante 1.994, motivó al equipo investigador del Colegio Odontológico Colombiano a adelantar una acción Paralela que permitiera, mediante el cruce de las variables existentes de morbilidad y caracterización socioeconómica, aportar al vacío detectado por la OPS - OMS, para determinar en el Municipio de Villeta, la magnitud y significancia de los problemas de salud según las condiciones sociales y económicas de la población.

Para el efecto se seleccionaron Aleatoriamente por el método de "la Urna" , mediante revisión de los archivos Hospitalarios, treinta (30) pacientes de cada estrato socioeconómico según la determinación del SISBEN , que cumplieran el requisito de haber hecho uso de los servicios de consulta externa de dicha entidad durante 1.994.

No se encontró un solo caso de pacientes clasificados en estrato 6 por el SISBEN que cumplieran el requisito anterior, por lo que dicho estrato, no fue incluido en el estudio.

La razón probable para este hecho, es que solo fue calificada en este estrato, el 0,4% de la población total de Villeta y que según resultados de la Encuesta Municipal Sanitaria; sus hábitos de consulta, excluyen al Hospital; fuente de la información para el estudio.

Por consiguiente se cruzó información de 150 personas (30 de cada uno de los estratos SISBEN 1 a 5) con su correspondientes datos de morbilidad por consulta externa.

El estudio de la muestra seleccionada no arrojó datos de diferencia estadísticamente significativa con la población general. La muestra presentó una prevalencia de 1,3% de discapacidad con predominio de la Física parcial; el 68% de la selección no tenía acceso a la seguridad social; el 22,7% estaba afiliada al Seguro Social, el 6% a Cajas de previsión y el 2,7% a otras EPS; la prevalencia de Hipertensión en la muestra fue del 12,7%, de Tabaquismo de un 9,3% y de Alcoholismo de un 8%; el 24,7% de la muestra se reportó obesa.

El 97,3% manifestaba consultar habitualmente al hospital, lo cual es consistente con la fuente de la información y el 94% de la muestra manifestaba haberse sentido bien atendida.

Con referencia a la población general se encontró diferencia significativa en relación al sexo de la selección, en donde el 73,3% fueron mujeres. Sin embargo no se encontró diferencia en la distribución del sexo por el estrato socioeconómico ($p= 0.2149$), lo

anterior en razón al comportamiento de la demanda por sexo al servicio de consulta externa del Hospital.

El nivel de escolaridad promedio de la muestra total se comportó igual a la de la población general, la escolaridad aumenta proporcionalmente al estrato (<0.00001).

Con relación al grupo de edad, el 10% de la muestra correspondió a escolares, el 63,3% al grupo de 15 - 44 años, el 16% al de 45 -59 años y un 10% de la muestra fue de mayores de 60 años. No hubo representación de los menores de 5 años en ningún estrato, factor que afecta el perfil general de morbilidad de la investigación, con relación al de la población general .

La distribución de los grupos de edades según el estrato socioeconómico no arrojó diferencia significativa ($p=0.2347$).

El acceso a la seguridad social en la muestra aumenta proporcionalmente al estrato socioeconómico (valor $p=<0.0001$).

No se encontraron diferencias en la prevalencia de hipertensión arterial por estrato ($p=0.3073$); Tabaquismo por estrato ($p=0.8938$); alcoholismo por estrato ($p=0.2799$) y obesidad por estrato ($p=0.4333$), de lo que podemos concluir que la muestra seleccionada

es adecuada para el objeto del estudio, haciendo exclusión de la morbilidad en los menores de 5 años y en el estrato 6 del SISBEN.

La muestra incluye Ciento cincuenta personas (150) que generaron un total de 362 consultas en el hospital, conformando una muestra representativa al nivel de Significancia del 95 % con un error probable del 6 %.

2.2 POBLACION ESTUDIADA

La Población Estudiada se constituyó entonces por: 2398 Registros de Viviendas; 9939 Registros de Personas y 31462 Registros de Morbilidad por Demanda a los servicios de salud, para un total general de 43799 Registros de Computador.

2.3 DEFINICION Y ESTRUCTURA DE LAS ENCUESTAS

Para la consecución de los objetivos y la definición de recolección de los datos se optó por la implementación de un Método Cuantitativo de carácter Formal como lo fueron : EL SISBEN y LA ENCUESTA SANITARIA MUNICIPAL.

2.3.1 El Sisben. Como Programa del Departamento de Planeación Nacional-División Misión Social ; el Equipo de Investigación del Postgrado de Gerencia del Colegio Odontológico Colombiano, concertó con la Alcaldía Municipal de Villeta para su desarrollo y ejecución, ofreciendo la asesoría a la Secretaría de Salud Local, para la Coordinación, Capacitación, Supervisión, Implementación, Procesamiento,

Sistematización, y posteriormente su Valoración final con Estratificación SISBEN y sus respectivos Puntajes.

El SISBEN es un sistema de selección de beneficiarios de forma individual por medio del cual se focalizarán subsidios y se garantizará que el gasto social se asigne a aquellos grupos de población más pobres y vulnerables (Art. 30 Ley 60 de 1.993). Para ello el programa diseña una estratificación mediante rangos de puntaje definidos logrando así, la selección adecuada de los beneficiarios.

Para el área urbana, los rangos definidos por el Departamento de Planeación Nacional son:

SISBEN 1= 0-36

SISBEN 2= 39-48

SISBEN 3=49-59

SISBEN 4= 60-70

SISBEN 5=71-87

SISBEN 6= 88-100

2.3.1.1 Contenido del Formulario del SISBEN. Ver Anexo.

2.3.2 La Encuesta Municipal Sanitaria. Por iniciativa del Equipo Investigador del Postgrado del Colegio Odontológico Colombiano, se diseñó una encuesta complementaria con variables que el SISBEN no contemplaba para el cumplimiento de los objetivos del estudio, especialmente en los aspectos correspondientes a los factores de riesgo y acceso a los servicios de salud de la población; para su diseño se concertó con la Alcaldía

Municipal a fin de complementarla con las necesidades de información de los funcionarios de la administración municipal, para el mejoramiento de su gestión; ofreciendo así mayor confiabilidad y calidad a la Investigación planteada. Con este fin, el equipo investigador, se reunió en diversas oportunidades con los Jefes de Oficina de Planeación Municipal, Acueducto y Alcantarillado, Secretaria General, Secretaria municipal de Salud, Tesorería y Oficina del Medio ambiente, quienes en compañía del Alcalde Municipal, participaron activamente en el diseño final del instrumento.

La alcaldía municipal, terminado este proceso, financió el documento revisado de recolección de datos.

2.3.2.1 Contenido del formulario de la Encuesta Municipal Sanitaria. Ver Anexo.

2.4 TRABAJO DE CAMPO

2.4.1 Capacitación. Para el Equipo Investigador del C.O.C. y la Alcaldía Municipal se desarrolló un plan de capacitación sobre la aplicación del SISBEN, dirigida por funcionarios del Departamento de Planeación de la Gobernación de Cundinamarca, que se llevó a cabo en la segunda semana del mes de Marzo de 1.995, en el Municipio de Nocaima- Cundinamarca.

Una vez finalizada la capacitación del equipo investigador, se procedió a diseñar el plan de instrucción para el grupo de encuestadores, proceso que estuvo bajo la dirección de la Secretaría Municipal de Salud. Esta capacitación estuvo dirigida a los estudiantes de grado décimo de los Colegios: Instituto de Promoción Social, Departamental Alonso de Olalla y Madre del Divino Pastor, tal entrenamiento duró dos meses, con talleres prácticos en la implementación de las encuestas tanto SANITARIA como SISBEN.

La capacitación del equipo de encuestadores para el área rural, estuvo a cargo de la Administración del SISBEN, en cabeza de la Secretaría Municipal de Salud, para lo cual se contó con la colaboración de un grupo de Promotores de Saneamiento en proceso de formación.

2.4.2 Aplicación. La Metodología utilizada para la implementación fue mediante el trazo de una distribución general; diseñada con base en las rutas de facturación de los servicios públicos municipales. Se instruyó al encuestador para que censara la totalidad de las viviendas comprendidas entre la primera y última vivienda asignadas mediante listado individual; a fin de evitar posibles sesgos por viviendas no contempladas en la ruta. Adicionalmente se movilizaron equipos de encuestadores a las áreas no contempladas en la distribución general, asignándoles manzanas urbanas con la instrucción de censar la totalidad de las viviendas habitadas.

Para la ejecución en el área rural se movilizó al equipo encuestador con el respaldo de ciudadanos residentes y conocedores de la zona bajo la Coordinación de la Secretaría Municipal de Salud.

Cada supervisor tenía a su cargo su respectivo grupo de encuestadores, para verificación del diligenciamiento correcto y completo, además la comprobación con visitas y revisitas domiciliarias para observar si los datos eran veraces o completar algún dato faltante.

La Encuesta Formal Masiva, se organizó para el área urbana los días 27-28-29 de Mayo de 1.995 y para el Área Rural: Agosto-Septiembre 1.995.

Para los Meses de Junio- Julio y Octubre a Diciembre de 1995, se programó la Encuesta a Demanda bajo la supervisión de la administración municipal en cabeza del administrador del SISBEN.

El Equipo de trabajo se configuró de la siguiente manera :

- Encuestador
- Revisor
- Supervisor
- Coordinador

- Digitador
- Administrador

Como fase previa a la aplicación de los instrumentos a la fuente primaria; el equipo investigador recopiló y organizó mediante fuentes secundarias (Hospital, Seguro social, Centros Médicos Particulares, Notaria, otros) la información sobre Historia, Economía y Morbilidad por demanda; este trabajo se realizó entre los meses de Junio de 1994 y Marzo de 1995

2.4.3 Promoción. Para la divulgación de la actividad, se contó con la Emisora JAZMAR 101.3 F.M. de Villeta y con la colaboración de diversas organizaciones intersectoriales, el Comité de Participación Comunitaria, afiches y volantes.

2.4.4 Procesamiento y Sistematización de la Información. Para el procesamiento de los datos del SISBEN, Planeación Nacional incorporó el programa a los sistemas municipales, donde se produjo la digitación. Este proceso estuvo en dos frentes de trabajo uno por medio de la Alcaldía Municipal con dos microcomputadores, y el otro por el equipo de Postgrado del C.O.C con tres microcomputadores y uno de la EPS Instituto de Seguros Sociales Villeta.

Al finalizar el proceso de digitación, el Equipo Investigador recogió en medio magnético toda la incorporación de los datos, y realizó la Validación, Estadísticas, Estratificación y Puntajes, obteniendo el informe final el cual se remitió a la Secretaría de Salud Municipal, para el diseño del Plan de Acción para la implementación del régimen subsidiado de la seguridad social en el municipio de Villeta.

La sistematización de la información de la "Encuesta Municipal Sanitaria" se realizó mediante el programa EPI-INFO Versión .5 , a traves de este sistema se diseñaron la encuesta SANITARIA, y programas para confrontación, correlación, validación, cruces de variables de las dos Encuestas, obtención de frecuencias simples, porcentajes, desviación standard, nivel de confianza y Significancia, chi cuadrado, margen de error, entre otros.

La información originalmente procesada en el programa suministrado por el Departamento Nacional de Planeación, fue convertida a archivos ASCII que luego fueron convertidos a archivos EPI5 a fin del manejo conjunto de la información en este sistema.

Cabe anotar que este proceso fue el más dispendioso, con agotadoras jornadas de trabajo que a la postre nos dieron una confiabilidad absoluta de lo que pretendíamos obtener.

El procesamiento de la Información Histórica y de Morbilidad recogida de la fuente secundaria, se realizó sobre programas específicos diseñados en EPIINFO versión 5 durante los meses de Noviembre de 1994 a Marzo de 1995.

El procesamiento de la información sobre Morbilidad por estrato socioeconómico se realizó mediante el uso de archivos relacionales entre la información suministrada por el SISBEN y la ENCUESTA MUNICIPAL SANITARIA y los datos previamente obtenidos sobre Morbilidad del Hospital Salazar de Villeta, en el mes de Septiembre de 1995.

2.4.5 Tabulación e Interpretación. Se obtuvieron tabulados preliminares sobre Morbilidad en el mes de Enero de 1995, el SISBEN y la Encuesta Municipal Sanitaria fueron tabulados durante los meses de Agosto y Septiembre de 1995 y la tabulación sobre Morbilidad por estrato socioeconómico se terminó en el mes de Septiembre.

3 RESULTADOS GENERALES

3.1 ECONOMIA MUNICIPAL

3.1.1 Composición del Presupuesto: Ingresos renta, ingresos corrientes, las contribuciones (nominales, departamentales, recursos de capital y los ingresos de los establecimientos públicos)

Los ingresos del presupuesto anual del municipio tienen la siguiente clasificación:

1. Ingresos Corrientes
 - 1.1. Ingresos Tributarios
 - 1.1.2. Impuestos Directos
 - 1.1.3. Impuestos Indirectos
 - 1.2. Ingresos no Tributarios
 - 1.2.1. Tasas
 - 1.2.2. Multas

1.2.3. Contribuciones

1.2.4. Participación, ingresos corrientes de la Nación

1.2.5. Recursos de Cofinanciación.

1.2.6. Rentas Contractuales

2. Recursos de Capital

2.1. Recursos del Balance

2.2. Recursos del Crédito

2.2.1. Crédito Interno

2.2.2. Crédito Externo

2.3. Los Rendimientos Financieros

2.4. Las Donaciones

2.5. El Excedente Financiero de los Establecimientos Públicos Municipales

2.6. Las Utilidades de las Empresas Industriales y de las Sociedades de Economía Mixta con régimen de aquellas del Municipio.

3.1.2 Fuentes. Las fuentes de financiamiento del presupuesto municipal se establecen de los ingresos corrientes (tributarios), los no corrientes (no tributarios), ingresos de capital (recursos de capital) e ingresos de Cajas y Entidades Municipales descentralizadas.

3.1.3 Inversión y Ejecución del Gasto. Como se puede apreciar en la TABLA No SISTEMA DE EJECUCION PRESUPUESTAL EGRESOS 1994, El 53.93 % del presupuesto es ejecutado en los gastos de mantenimiento del municipio, es recomendable la ejecución del presupuesto con base a un plan municipal de desarrollo, que tenga en cuenta como criterio principal la distribución del gasto público; con el fin de disminuir el número de personas con necesidades básicas insatisfechas, haciendo que el gasto público social, tenga prioridad sobre cualquier otra asignación y así poder garantizar un nivel de bienestar que mejore la calidad de vida de toda la comunidad.

Como se puede apreciar en el anexo de presupuesto, la participación de ingresos del fisco municipal que es recomendable que sea del 50% llega solo al 25% aproximadamente, es decir que hay que crear mayores tasas impositivas, preferiblemente en aquellos sectores con unos índices de riqueza alta. La mayor parte de los ingresos no tributarios (el 59%) de las entradas del municipio se destacan de las transferencias recibidas de la Nación, los recursos de capital representan una baja participación sobre el total (12%) de ingresos del municipio. Es relevante también observar como dentro de los impuestos indirectos, se observa como lo recaudado en impuesto de Industria y Comercio se ha venido incrementando respecto a años anteriores, lo cual se entiende dada la capacidad de ingreso por el área turística del municipio y el esfuerzo realizado por la administración municipal.

Los ingresos del municipio dependen mucho de los ingresos no tributarios según se ha analizado en los últimos años, es importante que para gastos de inversión pública-social, no se dependa solo de estos ingresos sino fortalecer también la base impositiva con el fin de llevar a la práctica los planes de desarrollo municipal en lo referente a la ejecución de las políticas sociales.

Entonces es importante garantizar estas inversiones con el fin de mejorar no solo la infraestructura productiva, administrativa sino también social. Estas inversiones deben ir consolidándose en unos objetivos específicos en el plan de desarrollo del municipio.

Es necesario revisar porque si se ha hablado en hacer inversión social, en políticas y planes de gobiernos municipales anteriores, porque razón no se han ejecutado eficientemente estos planes no sólo por problemas de presupuesto, esto con el fin de mejorar para el presente y planificar para el futuro.

3.1.4 Turismo de Villeta. El municipio de Villeta comienza a convertirse en localidad turística en los años de 1940, debido al progreso y evolución de las leyes laborales que determinan la aparición del tiempo libre y por tanto la necesidad de esparcimiento. Se presentó un aglutinamiento social en las ciudades y es así como se crearon redes ferroviarias que unieran la capital del país con los municipios de Villeta, Albán, Apulo,

Sasaima, y Tocaima; su construcción se dificultó un poco debido al relieve montañoso el cual ha sido un gran obstáculo para el desarrollo de las vías de comunicación.

Los sitios históricos con que cuenta el municipio son:

3.1.4.1 Casas Históricas. La del Hotel Murillo, donde se apresó al Presidente Sanclemente en 1900. La del acutal " Gutiérrez", donde murió Sanclemente el 19 de marzo de 1902. La de la célebre Doña Juan Sánchez de Moure, precursora del turismo en Villeta, quien sembró el 12 de octubre de 1848 la famosa ceiba del parque, caída el 20 de octubre de 1949. La Casa Cune de la familia del General Santander. La Casa donde murió el pintor Caroliano Leudo. Las casas donde murieron el poeta Alfredo Gómez Jaime y el pintor Epifanio Gray el 8 de septiembre de 1903. La Hacienda donde se instaló el primer trapiche hidráulico.

3.1.4.2 Alojamiento. Los principales hoteles existentes son: Hotel Colonial Plaza, clasificado por la C.N.T. como hotel, dentro de la categoría de 1 estrella, cuenta con 24 habitaciones. Se ofrece servicios complementarios de piscina, bar, comedor y cafetería, y cambio de moneda.

Hotel Mediterráneo, clasificado por la C.N.T como hotel dentro de la categoría de una

estrella, posee 42 habitaciones presta servicios adicionales de piscina, bar, comedor, cafetería y cambio de moneda.

Hotel Pacífico, tiene 17 habitaciones con servicio de piscina, bar, comedor y cafetería. Además brinda un ambiente familiar.

Hotel señorial, cuenta con 20 habitaciones servicio de bar y comedor. De ambiente distinguido, especial para familias. Actualmente funciona como Hogar Geriátrico y se proyecta como futura sede del Instituto de Seguros Sociales.

Fué Famosa en su tiempo la residencia Paso Real, poseía 18 habitaciones servicio de comedor, especializado en comida típica, actualmente se halla fuera de servicio.

Ciudadela Vacacional Las Palmeras con una capacidad de atención y de servicio para unas cuatro mil personas. Presta servicio de habitaciones, casetas, cabañas, zonas de camping, restaurante, pista de baile, dotación para la realización de seminario y zona deportiva.

3.1.4.3 Restaurantes y sitios de interés público. Los principales son: Llamada, El Zipa, Los Helechos, La Fuente del Sabor y otros en los sitios de los Cábulos, Paso Real y Las Bombas.

Heladerías: Saborama, Cream Colonial, la Ceiba, Blanco y Negro en el sector del parque principal.

Piscinas Públicas: Catay, los Cámbulos, Las Palmas, Guaduales, Codema, El Paraiso y San Isidro con sus Toboganes.

3.1.4.4 Folclore Demosófico. Artesanías. Variedad de productos de paja toquilla o iraca, caña de bambú, carrizo y guadua. Cerámicas y figuras de cera son atractivos originales para el turista. La vereda con mayor producción es Salitre Blanco siguiéndole en importancia las veredas de Masata, Cune, y Chapaima. Además se confeccionan en buena cantidad sombreros, carteras, canastos, petacas, forros para materas, mochilas, tulas, costales, alpargates, ollas, vasijas, etc.

Platos Típicos. El sancocho con cola, caldo de pichones, chanfaina, fritanga, carne con ají, plátano hartón, guarapo, panelitas de exportación, alfandoques.

3.1.4.5 Lugares Turísticos. La Cascada de Cune. se encuentra a 3 Kms del centro del municipio de Villeta. Con una área de 4 fanegadas. Posee buenas vías de acceso, camino y vía para auto. Se encuentra a una altitud de 79 mts con temperatura de 23°C.

Río Villeta Paso Real. lugar para la recreación, de propiedad municipal, ubicado cerca al centro del municipio con buenas vías de acceso. Se encuentra a una altitud de 799 mts. y temperatura de 23°C. Paisaje urbano de río. Su flora bosque tropical y fauna de mamíferos, insectos y aves. Tiene significado regional y local.

Paso Real (Villeta). parque de recreación, acceso permanente, paisaje de río, gran concentración de flujos turísticos. Cuenta con canchas deportivas, discotecas, balnearios. Actualmente se encuentra en regular estado. De significado regional y local.

3.1.4.6 Eventos.

- Reinado de la Panela. es un acontecimiento programado, con base al principal producto de la región, la panela, celebrado en la primera quincena de enero, con carrozas y comparsas. Bien estructurado y de significado nacional, regional y local. Con la participación de los diferentes municipios productores de la panela y algunos departamentos como el Tolima, el reinado toma cada día más fuerza y se hace más popular.

- Concursos de tríos de cuerda, "Serenata Colombiana" , que se celebra en junio, los días 13, 14, 15.

- Reinado Interno de Villeta. En el cual participan todas las veredas, con el fin de elegir la reina, quien representará Villeta en el reinado Nacional de la Panela. Por otra parte se incentiva a las veredas en la recolección de fondos, que serán retribuidos al final del reinado, en la misma proporción, en que fueron recaudados brindando, obras de electrificación, construcción escuelas y carreteras en beneficio propio.

- La Feria Equina. realizada en forma esporádica, con participantes del mismo municipio.

- Festival de bandas, que se realiza cada año en el mes de septiembre.

3.2 CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO FISICO Y SOCIOECONOMICO DE LA POBLACION

3.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

3.2.1.1 Edad y Sexo. Existe mayor porcentaje de mujeres con respecto de hombres , 47.3% de hombres y 52.7% de mujeres, en el àrea urbana, y en el àrea rural es de 51.1% de hombres y de 48.9% de mujeres. Gráfico No 1.

Población por grupo de edad:

AREA URBANA

AREA RURAL

Menores de un año: 1.5% de la población

1.4% de la población

De 1 A 4 años: 7.8% de la población

9.2% de la población

De 5 A 14 años 21.4% de la población

24% de la población

De 15 A 44 años 46.4% de la población	40.8% de la población
De 45 A 59 años 12.6% de la población	13.6% de la población
Mayores de 60 años 10.4% de la población	11% de la población

Grupos de Edad.

Area Urbana:

Menores de un año: El 49.6% son hombres y el 50.4% son mujeres que constituye de la población total el 1.6% de hombres y el 1.5% de mujeres.

De 1 A 4 años, el 50.1% son hombres y el 49.9% son mujeres que constituye el 8.3% de hombres y el 7.4% de mujeres.

De 5 A 14 años el 52.9% son hombres y el 47.1% son mujeres que constituye de la población total el 23.9% de hombres y el 19.1% de mujeres.

De 15 a 44 años, el 45.2% son hombres y el 51.8% son mujeres que constituye de la población total el 44.3% de hombres y el 48.2% de mujeres.

De 45 A 59 años, el 44.9% son hombres y el 55.1% son mujeres, que constituye de la población total el 11.9% de hombres y el 13.1% de mujeres.

De los mayores de 60 años, el 45.8% son hombres y el 54.2% son mujeres, que constituye de la población total el 10% de hombres y el 10.7% de mujeres.

La distribución étnica del municipio de Villeta es consecuente con la reportada por el DANE para el Departamento de Cundinamarca (Tabla No) mostrando la pirámide poblacional apreciable en el Gráfico No 2.

3.2.1.2 Estado Civil.

Area Urbana:

De la población total, el 14.5% vive en unión libre, el 25% son casados, el 4.4% son viudos, el 2.7% son separados o divorciados y el 53.3% son solteros.

De 5 A 14 años el 0.1% de la población vive en unión libre, el 0.1% de la población vive en estado de viudez y el 0.1% de la población son separados, el resto son solteros.

De 15 A 44 años el 25.2% de la población vive en unión libre, el 26.7% de la población son casados, el 1.3% vive en estado de viudez y el 3.3% de este grupo son separados. El 43.6% del grupo son solteros, que constituye el 37.9% de la población total de solteros.

De 45 A 59 años el 16.7% de la población vive en unión libre ,el 57.7% de la población son casados, el 8.4% vive en estado de viudez. El 5.9% de este grupo son separados y el 11.3% del grupo son solteros.

De el grupo mayor de 60 años el 7.5% de la población vive en unión libre, el 51.4% de la población son casados, el 26.6% del grupo son viudos, el 4.5% de la población son separados y el 10% del grupo son solteros.

De la población mayor de 15 años en el área urbana, el 20.9% Convive en Unión Libre, el 36% en Matrimonio y se mantienen solteros el 32.6% . El fenómeno de la Unión libre, tiene relación generacional, observándose un equilibrio entre la proporción UL: MATRIMONIO de 1:1.06 en el grupo de edad de 15 a 44 años, contra una proporción UL: M de 1:6.89 en los Mayores de 60 años. El grupo de 45 a 59 años presenta una proporción intermedia de 1:3.46.

Area Rural:

El 16.6% de la población vive en unión libre, el 21.1% de la población son casados, el 3.7% de la población son viudos, el 2.3% de la población son separados o divorciados y el 56.3% de la población son solteros.

3.2.1.3 Parentesco Familiar.

Area Urbana:

El 30.5% de la población total corresponde a jefes de núcleos familiares, el 18.6% a sus cónyuges, el 45% a sus hijos y el 5,1% a otros parientes.

Del grupo de menores de un año el 97.4% corresponde a hijos, el 2.6% de la población corresponde a otros parientes .

Del grupo de 1 a 4 años, el 93.4% corresponde a hijos, el 6% de la población a otros parientes, el 0.7% a los miembros no parientes.

Del grupo de 5 a 14 años, corresponde el 92.5% a hijos, el 6.6% a miembros parientes, y el 0.8% a otros miembros no parientes.

Del grupo de 15 a 44 años, el 34.3% pertenece al grupo de jefes de núcleos familiares, el 26.8% corresponde al grupo de cónyuges o compañeros(as), el 35.5% a la población de hijos, el 3.4% lo constituye el grupo de otros parientes, y el 1% lo constituye el grupo de otros miembros no parientes.

Del grupo de 45 a 59 años, el 24.9% pertenece al grupo de jefes de núcleos familiares, el porcentaje de cónyuges es del 22.2% y el 0.4% corresponde al grupo de hijos.

Area Rural:

De la población total , el 48.4% pertenece a hijos de familia, el 18% a los cónyuges y el 27% a los jefes de núcleos familiares.

El 83.5% de la población de solteros corresponde al grupo de hijos, siguiéndole con un 8.5% el grupo de jefes de núcleo familiar y el 6.8% de otros parientes.

El 51.8% de la población de casados corresponden al grupo de jefes de núcleos familiares, siguiéndole como es natural un 46.9% de cónyuges.

La composición del núcleo familiar urbano típico contempla una estructura "nuclear" en el 94.1% para un 5.9% con estructura de familia "extendida"; lo cual no muestra diferencia significativa en relación al área rural.

3.2.1.4 Educación.

Area Urbana:

De la población total el 19.4% carece de educación, el 40.1% tiene nivel primario, el 37.5% tiene nivel secundario, el 2.8% de la población tiene nivel universitario y el 0.2% de la población tiene posgrado o especialización.

Del grupo de 5 a 14 años, el 20.8% de este grupo no tiene ningún nivel educativo, siendo de la población total un 23% de personas analfabetas. Ha cursado algún grado de primaria en este grupo un 63%, y de Secundaria un 16.2% .

Del grupo de 15 a 44 años, el 3.4% carece de educación, correspondiendo al 8.1% de la población de personas que carecen de educación. En el nivel primario , han cursado algún grado en este grupo el 30.9% y en el nivel secundario el 61% de la población.(correspondiendo el porcentaje mas alto en el nivel secundario). En nivel

universitario encontramos que el 4.5% de población posee algún grado superior, y que en Posgrado existe un 0.2% de la población.

Es evidente que la población no tiene acceso a la educación, apenas un 4.5% tiene nivel universitario y un 0.2% tiene nivel de posgrado, estos porcentajes indican que existirá poco crecimiento y desarrollo en la localidad, por cuanto su población no tiene el suficiente nivel educativo necesario para dicho crecimiento, así como la generación de fuentes de empleo será muy baja.

Del grupo de 45 a 59 años, el 11.6% carece de educación. En nivel primario un 55.6% ha cursado algún grado y en nivel secundario un 28.5%. El 4% tiene acceso a la universidad y el 0.3% a algún grado de especialización.

Del grupo de mayores de 60 años, el 24.6% carecen de educación, el 54.4% alcanzaron algún grado de la primaria, el 21.5% de secundaria, un 2.1% realizó estudios universitarios y un 0.5% de la población tuvo acceso a especialización.

Analizando el nivel de educación tenemos:

En nivel primario el 40.1% de la población total.

En nivel secundario el 37.5% de la población total

En nivel universitario el 2.8% de la población total.

En nivel de posgrado el 0.2% de la población total.

De lo anterior podemos deducir que el mayor porcentaje corresponde al nivel primario, luego va decreciendo al secundario, y así sucesivamente al universitario y al de posgrado. conllevando a una disminución en el acceso a la educación a medida que se incrementa los niveles educativos. Gráfico No. 3.

En el area rural el analfabetismo en el grupo de mayores de 15 años alcanza el 16.34%, tienen primaria completa el 28.26%, bachillerato completo el 2.38%, en el nivel universitario es de 0.9% y de especialización del 0.1%. Que evidencia el inadecuado acceso de la población rural a la educación comparativamente a la población urbana, en la que el analfabetismo en mayores de 15 años es del 8.02%, la primaria completa, la obtiene el 42.23% y el Bachillerato Completo el 12.11% de este grupo.

El 97.5% de quienes asisten a establecimientos educativos son solteros, el 1.1% son casados, el 0.9% viven en unión libre, el 0.3% separados y el 0.2% viudos.

El 8.02% de la Población Mayor de 15 años en el área urbana, no tiene ningún nivel de escolaridad; en el área rural el analfabetismo para este grupo etáreo alcanza el 16.34%.

Tienen Primaria completa el 42.23% de la Población urbana y el 28.26% de la población rural. El Bachillerato completo lo posee el 12.11% de la población urbana y el 2.38 % de la población rural. Solo alcanza el nivel universitario el 2.8% de la población y se especializa tan solo el 0.2% del área urbana, contrastando con un nivel universitario del 0.9 % y de especialización del 0.1 % en el área rural. Gráfico No.4.

3.2.1.5 Actividad Económica. De la población urbana encontramos que el 37.8% de la población se encuentra trabajando, el 0.4% esta buscando trabajo, el 29.4% esta estudiando, el 16% realizando oficios del hogar, el 0.7% son rentistas, el 1.5% son jubilados o pensionados y el 14.1% se encuentran sin actividad.

En el grupo de 15 a 44 años el 55.7% de esta población trabaja, el 0.6% busca trabajo, el 18% se encuentra estudiando, el 20.2% realiza oficios del hogar, el 0.3% son rentistas, el 0.2% son jubilados o pensionados y el 4.9% se encuentran sin actividad.

En el grupo 45 a 59 años el 63.1% de esta población trabaja, el 0.2% busca trabajo, el 0.1% se encuentra estudiando, el 27.7% se dedica a los oficios de el hogar. El 2% de

el grupo son rentistas correspondiendo al 48% total de la población. El 2.7% de este grupo son jubilados. El 0.5% de la población de este grupo son inválidos. Sin actividad en este grupo se encuentra el 3.7% de personas correspondiendo al 3.3% de la población que no realiza actividad alguna.

En el grupo de mayores de 60 años el 36% de las personas trabajan correspondiendo al 9.9% del total de las personas que trabajan. El 0.3% de la población de este grupo busca empleo correspondiendo al 7.4% del total de la población que busca trabajo. Ninguna persona de este grupo se encuentra estudiando. El 29.7% se desempeña en los oficios del hogar, correspondiendo al 19.2% total de la población que se desempeña en los oficios del hogar. Son rentistas el 2.8% de personas de este grupo, correspondiendo al 44% del total de la población de rentistas. El 10.4% son jubilados correspondiendo al 71.1% del total de la población de jubilados. El 0.6% son inválidos, correspondiendo al 45.5% del total de población de inválidos.

Analizando esta distribución se puede resaltar que la mayor población estudiantil se encuentra en el grupo de 5 a 14 años, el mayor porcentaje de personas trabajando lo encontramos en el grupo de 15 a 44 años. El grupo donde se busca mas trabajo es en el de mayores de 60 años, al igual donde existe un mayor porcentaje de jubilados y de rentistas.

De la población urbana estudiada, trabaja el 37.8% , generando una relación de dependencia de 1:2.64. En la población mayor de 15 años trabaja el 54.11% .

En la población rural, trabaja el 33.4% con una relación de dependencia de 1:3 y un 49.65% de población mayor de 15 años trabajando.

3.2.1.6 Posición Ocupacional. En el grupo de 15 a 44 años un 29.8% corresponde a empleados u obreros particulares, un 6.9% para obreros o empleados públicos, el 2.1% para los patronos o empleadores, el 14% de la población para los que trabajan por cuenta propia, el 0.9% de la población para los trabajadores familiares sin remuneración y el 1.8% para los empleados domésticos. El 44.5% de la población de este grupo etareo no trabaja, correspondiendo en su mayoría a las personas que desempeñan oficios del hogar.

3.2.1.7 Tamaño de las Empresas. De la población total, el 14.4% de la población trabaja solo, el 14.4% de la población trabajan con 2 a 9 personas y el 9% de la población trabajan con 10 o mas personas.

Dentro del grupo de 15 a 44 años se aplican los siguientes porcentajes: el 18% de la población total trabaja sola correspondiendo a un 57.9% de la población total de trabajadores independientes, el 22.4% de la población trabajan en la empresa con 2 a 9

personas correspondiendo a un 72.2% de empresas con trabajadores y el 15.3% de este grupo trabajan en la empresa con 10 o mas personas correspondiendo a un 78.9% de la población total de trabajadores en empresas con 10 o mas personas. El 44.5% de este grupo no trabaja en ninguna empresa. En este grupo de edad es donde se encuentra la mayor fuerza de trabajo dentro de la población.

3.2.1.8 Producción Agropecuaria. De la población total de habitantes urbanos del municipio el 1.5% son productores agropecuarios.

De los productores agropecuarios el 37.6% pertenecen al grupo de 15 a 44 años, siguiéndole el grupo 45 a 59 años con un 34.9% y luego el grupo de mayores de 60 años con un 22.9% .

El 9% de la población rural es productor agropecuario.

3.2.1.9 Nivel Educativo y actividad ocupacional. El 52.2% la población que no posee ningún nivel educativo, se encuentra sin realizar actividad, correspondiendo el porcentaje mas alto dentro del nivel educativo y actividad ocupacional, explicable por la inclusión en este grupo de los menores de 5 años. El 38.5% de las personas que poseen algún grado de primaria se encuentran trabajando, cifra que se incrementa hasta el 46.1% de quienes

alcanzaron algún grado del nivel secundario. El 0.7% de quienes alcanzaron algún grado en nivel secundario, están buscando trabajo, comparativamente superior a quienes buscan trabajo con nivel universitario y algún grado de primaria (0.5% y 0.3% respectivamente). El 74.5% de quienes alcanzaron un nivel universitario se encuentran trabajando. Trabaja el 73.3% de quienes tienen nivel de postgrado. La mayor proporción de personas que realizan oficios del hogar corresponde a quienes han realizado niveles de educación primaria o secundaria, con una radical disminución entre los profesionales.

De la población que realiza o realizó estudios de posgrado, son rentistas el 6.7%.

3.2.1.10 Distribución del Ingreso Económico. De la población urbana el 57.5% de los habitantes no tienen ingresos, incluyéndose en este rango a la población menor de 15 años. El 23.4% devenga hasta un salario mínimo, el 11.2% devenga dos salarios mínimos, el 4.8% devenga tres salarios mínimos, el 1.1% hasta cuatro salarios mínimos, el 1,2% cinco salarios mínimos, el 0.6% devenga de 6 a 10 salarios mínimos.

El 91.7% de la población que no tiene ingresos no desarrolla ninguna posición Ocupacional. La población que no genera ingresos y que son trabajadores de familia sin remuneración corresponde al 68.8%. El 90.9% de los empleados domésticos se ganan hasta 1 salario mínimo legal. El 54.7% de los trabajadores por cuenta propia devengan hasta un salario mínimo legal.

El 61.1% de los empleados u obreros particulares devengan hasta un salario mínimo legal, observándose una mejor retribución entre los trabajadores del sector oficial.

De esta manera se puede observar que el ingreso es muy bajo de acuerdo a su posición ocupacional dentro de la escala social. No puede existir capacidad de ahorro en una población con tan bajos ingresos y con tan bajo nivel educativo.

3.2.1.11 Distribución Según Estrato Socioeconómico. La distribución según estrato socioeconómico de acuerdo a la clasificación del SISBEN para el area urbana localiza el 62.2% de la población en estratos 1,2 y 3; ubicando al 7.9% en SISBEN 1, al 16.5% en SISBEN 2 y al 37.8% en SISBEN 3. En el area rural, se localiza el 84.9% de la población en estos estratos, para un 15.6% en SISBEN 1; un 35.4% en SISBEN 2 y un 38.4% en SISBEN 3. Gráfico No. 5.

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

3.3.1 Vivienda Típica Municipal. La vivienda típica municipal urbana es aquella en la cual las paredes son de bloque, ladrillo, piedra, material prefabricado o madera pulida (86.2%), con piso de baldosa, vinilo, tableta o ladrillo (59.8%) y con techo de teja de barro, zinc, asbesto-cemento, sin cielo raso (62.5%).

Se observan algunas diferencias significativas en la conformación de la vivienda tipo de acuerdo al Barrio, en particular en los sectores de "San Juanito" y "Barranquillita".

La vivienda rural típica posee paredes de bloque, ladrillo (67.6%), con piso de cemento (56.4%) y con techo de teja de barro, zinc, etc (76.4%).

En el area urbana el tipo predominante de vivienda es la casa o apartamento con un 91.2% , la proporción de viviendas tipo cuarto o cuartos es del 8.8%; en el area rural es la casa o apartamento en un 86.8% y cuartos es del 13.2%.

El promedio municipal de personas por vivienda es de 4.14 sin diferencia significativa entre los sectores urbano-rural. Las diferencias se observan en una menor proporción de núcleos por vivienda en el área rural y en un mayor número de personas por núcleo familiar en dicha área : (3.7 Vs 3.2).

3.3.2 Servicios Públicos. El tipo de alumbrado que utilizan en mayor porcentaje en el municipio de Villeta es el eléctrico en un 94.7%(area urbana) y en un 84.9%(area rural) Gráfico No. 6.

Asimismo tiene Alcantarillado un 84.6% de la población Urbana con una notoria diferencia sobre el sector rural, en donde solo tiene Alcantarillado un 9.7% de la población encuestada. Gráfico No. 7.

El agua para preparar los alimentos la toman del acueducto en el area urbana en un 95.1% de la población. A un 3.2% se le demora el agua (para preparar los alimentos) en llegar a su casa , 10 minutos o menos. En el area rural; el agua para preparar los alimentos la toman del acueducto el 40.9% de las viviendas, siendo significativo el consumo de aguas procedentes de Río o Manantial y Pozos sin bomba o Aguas Lluvias, para este sector.

Gráfico No. 8.

En un 91.4% de la población urbana, la basura la recoge el servicio de aseo municipal y el 7.4% restante la arrojan lotes, patio, zanja, río o quebrada. Contrasta con el sector rural, donde el 79,8 de la población, queman o arrojan las basuras a botaderos, río, zanja, o quebrada en un 79.8%. Gráfica No. 9.

El sistema que mas se utiliza para el almacenamiento del agua es el tanque con tapa en un 59.9% (àrea urbana) y un 38.7% (àrea rural). En el sector rural, las viviendas emplean para almacenamiento el Tanque y la Caneca. Su capacidad de almacenamiento es de 500 litros en un 31.1% de la vivienda urbana y un 27.7% de la vivienda rural, los que no tienen capacidad de almacenamiento corresponde a un 12.1% de las viviendas..

La capacidad total de almacenamiento de agua en las viviendas, se calcula para el àrea urbana en 1'942.916 Litros y para el àrea rural en 1'929.223 Litros; de los cuales son exclusivos para el acueducto en el àrea urbana 1'532.960 Litros. Cifra que representa un incremento importante a la capacidad de almacenamiento de los tanques de la Empresa Municipal de Acueducto y Alcantarillado de Villeta.

De acuerdo a la encuesta, hacen mantenimiento al sistema de almacenamiento de agua, con una periodicidad de 1 a 3 meses el 47.5% de las viviendas urbanas y el 67.9% de las rurales. El 21.5% no realiza ningún mantenimiento a dicho sistema.



Hace mantenimiento al sistema de almacenamiento de agua cada 3 meses

El 40% cuando tiene tanque con tapa.

El 78.4% cuando es tanque sin tapa.

El 60% cuando es tanque subterráneo.

El 90% cuando utiliza caneca.

El 86.1% cuando utilizan otro sistema de almacenamiento..

Hace mantenimiento cada 6 meses :

El 22.2% cuando tiene tanque con tapa.

El 9.3% cuando es tanque sin tapa.

El 10% cuando es tanque subterráneo.

El 2.3% cuando utiliza caneca.

El 9.7% cuando utiliza otro sistema de almacenamiento.

Hace mantenimiento cada 12 meses

El 16.2% cuando tiene tanque con tapa.

El 4.4% cuando es tanque sin tapa.

El 10% cuando es tanque subterráneo.

El 1.4% cuando utiliza caneca.

Hace mantenimiento cada 24 meses :

El 8.7% cuando tiene tanque con tapa.

El 1.5% cuando es tanque sin tapa.

El 10% cuando es tanque subterráneo.

El 2.8% cuando utiliza otro sistema de almacenamiento.

Hace mantenimiento cada 60 meses:

El 13% cuando tiene tanque con tapa.

El 6.4% cuando es tanque sin tapa.

El 10% cuando es tanque subterráneo.

El 1.4% cuando utiliza otro sistema de almacenamiento.

Los tanques de capacidad de 250 litros corresponden a un 28% de las viviendas, los de 500 litros a un 35.4%, los de 1000 litros corresponden a un 24.6% y los de 2000 litros a un 12% de las viviendas en el area urbana.

El servicio sanitario es intradomiciliario, correspondiendole a un 84.2% (area urbana) y un 34.5% (area rural). En zona rural, el 44.8% de las viviendas no tienen servicio sanitario.

De los inodoros sin conexión el 80% son intradomiciliarios. Los inodoros conectados a pozo séptico se encuentran en un 67.8% dentro de la vivienda urbana. Los inodoros conectados al alcantarillado se encuentran en un 84.6% dentro de la vivienda urbana.

La mayoría de viviendas en el casco urbano tienen servicio de alcantarillado.

El material predominante en la tubería interna es P.V.C. en un 78.2% (area urbana) y un 40.5% (area rural), mientras que la tubería galvanizada esta en un 16.5% de las viviendas urbana y un 7.1% de las rurales. La tubería para el agua fue instalada en un 47.3% hace mas de 10 años (tiempo de instalación promedio de 12.3 años) en el area urbana mientras en el area rural fue instalada hace menos de 5 años en un 29.6% de las viviendas.

Las viviendas que reciben el agua del acueducto en el area urbana, lo toman en un 80.2% con tubería de P.V.C, el 16.7% de las viviendas toman el agua de acueducto por medio de tubos Galvanizados. El 1.7% de las viviendas urbanas toman el agua de el acueducto por medio de mangueras. El 1.4% la toman por medio de otros métodos de transporte. El 44% de las viviendas que toman el agua del río en el area urbana, la conducen por medio de mangueras. El 33.3% de las viviendas urbanas que toman el agua de un pozo con bombas, lo hacen por medio de mangueras. Todas las vivienda que reciben el agua por medio de carrotanques utilizan otro método de recolección y transporte.

Es significativo el uso de manguera en el area rural como medio de transporte del agua con un 33.5% de las viviendas, el 40.5% de las viviendas rurales utilizan los tubos de P.V.C.

Con relación al material de la tubería y su tiempo de instalación, se observa para el area urbana la siguiente distribución.

	P.V.C.	GALVANIZADA	MANGUERA	OTRO
Hace un año:	7.8%	6.4%	21.1%	25%
Hace 3 años:	25.3%	10.4%	43.9%	30%
Hace 8 años:	24.1%	7.4%	12.3%	15%
Hace 15 años:	42.8%	75.8%	22.8%	30%

3.3.3 Factores Contaminantes.

En el 59,7% de la viviendas urbanas se encuentran animales, y en el 40,3% no tiene ningún animal. Mientras que en 81% de la vivienda rural se encuentran animales.

La vivienda urbana se encuentra afectada por ruido en un 32.1% de la población, por malos olores en un 33.2% de la población, por inseguridad en un 20.3% de la población, por humo en un 9.7% de la población, por polvo en un 34.2% , por difícil acceso en 7.4%, por gases industriales en un 2.5%.

El 20.3% de la población total se queja de inseguridad de acuerdo al material de las paredes de la vivienda; y existe una diferencia significativa de acuerdo con las paredes de guadua, caña, etc (39.6%) y los que tienen paredes de zinc, etc,(44.4%) con respecto a la inseguridad. Luego a menor calidad de las paredes de la vivienda mayor sentimiento de inseguridad en la familia.

En la vivienda rural , el factor contaminante en mayor porcentaje es el difícil acceso con un 27.2%.

Las diferencias observadas en cuanto al manejo de basuras con relación a la Dificultad de Acceso y la presencia de Polvo, se presentan en consideración a la ubicación geográfica, encontrándose que existe una mayor proporción de viviendas que desechan las basuras en contenedor o a río-zanja-quebrada y que se quejan de difícil acceso y polvo.

Lo anterior en relación a las dificultades de los servicios de aseo de acceder a estos sectores.

3.3.4 Los Barrios y su Entorno.

3.3.4.1 Barrio San Jorge. Predominantemente habitado por población de estratos 2,3 y 4 Según la distribución del SISBEN. Se consideran afectadas por ruido el 12.5% de las viviendas, El 27.5% por Malos Olores, el 62.5% por Inseguridad, el 12.5% por humo, El 17.5% de las viviendas encuestadas manifestaron haberse visto afectadas en su entorno por polvo y el 7.5% por dificultades de acceso y gases industriales. Lo anterior lo ubica como el sector más afectado por la Inseguridad en el municipio. Al 87.5% le recogen la basura los servicios de aseo del municipio. Nadie lleva la basura a los contenedores o basurero publico, pero si existe un 12.5% que bota la basura a un patio lote o zanja.

3.3.4.2 Barrio El Jardin. Habitado principalmente por estratos 1,2 y 3 del SISBEN, el 35.2% de las viviendas encuestadas manifestaron estar afectadas por polvo. Al 87% de las viviendas se les realiza recolección de basura por medio de los servicios de aseo. Nadie lleva la basura a los contenedores o basurero publico. El 13% bota la basura a un patio, lote o zanja. El 31.5% de la población se encuentra afectada por ruido, el 48.1% por malos olores, el 44.4% por inseguridad. El 11.1% de las viviendas toman el agua para preparar los alimentos del río.

El 11.1% de las viviendas tienen paredes de guadua, caña, esterilla o cualquier otro material vegetal.

3.3.4.3 Barrio Buenos Aires. Habitado por personas clasificadas en estratos 2,3 y 4 principalmente, El 17.1% de la población de este barrio se encuentra afectada por polvo. Al 80% se les realiza recolección de basuras por los servicios de aseo. El 17.1% las llevan a un contenedor o basurero publico. Según la encuesta el 2.9% bota la basura a un patio, lote o zanja.

El 11.4% de la población se encuentra afectada por ruido, el 42.9% por malos olores, el 17.1% por inseguridad

3.3.4.4 Barrio Sixto López. Habitado por estratos 2,3 y 4. El 14.9%de la población se ve afectado por polvo. Al 95.7% de las viviendas les recogen la basura el servicio de aseo municipal. El 2.1% lleva la basura a los contenedores o basureros públicos. El 2.1% de las viviendas bota la basura a un patio, lote o zanja.

El 34% de la población se encuentra afectada por ruido. el 59.6% por malos olores, el 23.4% por inseguridad. En este barrio, el 40.4% de las viviendas tienen tubería interna galvanizada.

3.3.4.5 Barrio Obrero. Habitado por estratos 2 y 3 principalmente. El 60 % de la población se ve afectado por polvo. Al 100% de las viviendas les recogen las basuras el

servicio de aseo municipal. No se lleva la basura a los contenedores o basureros públicos.

Ni tampoco se bota la basura a un patio, lote o zanja.

El 34% de la población se encuentra afectada por ruido, el 26% por malos olores, el 16% por inseguridad.

3.3.4.6 Barrio Peña Negra. Habitado por estratos 3 y 4. Al 100% se realiza recolección de basura por medio de los servicios de aseo. No se lleva la basura a los contenedores o basureros públicos. Ni tampoco se bota la basura a un patio, lote o zanja.

3.3.4.7 Barrio Barranquillita. Habitado por estratos 1,2 y 3 con alguna distribución de estrato 4 hacia la zona aledaña al centro. El 31.3% de la población se ve afectado por polvo. Al 86.6% de las viviendas se les realiza recolección de basura por los servicios de aseo. El 4.5% de la población bota la basura a un contenedor o basurero público. El 8.9% bota la basura a un patio, lote o zanja, etc.

El 33.9% de la población se encuentra afectada por ruido, el 34.8% por inseguridad. El 12.5% de las viviendas toman el agua para preparar los alimentos del río. El 20.5% de las viviendas tienen como material de tubería interna; la manguera.

El 21.4% de la población utiliza alumbrado por vela u otro elemento. El 13.4% de las viviendas no tienen servicio sanitario. Existe un 50.9% de malos olores producidos por

mala disposición sanitaria del barrio. El 28.6% de las viviendas poseen paredes de guadua, caña, esterilla, el 17% posee pisos de tierra.

3.3.4.8 Barrio San Cayetano. Habitado por estratos 3,4 y 5 principalmente. El 33.8% de la población se encuentra afectada por polvo. Al 97.2% se les realiza la recolección de basuras por medio de los servicios de aseo. El 2.1% la lleva a un contenedor o basurero publico. El 0.7% bota la basura a un patio lote o zanja.

El 30% de la población se encuentra afectada por ruido, el 38.6% por malos olores, el 20% por inseguridad.

3.3.4.9 Barrio Carlos Lleras. Habitado principalmente por estratos 3,4 y 5. El 37.1% de la población se encuentra afectada por polvo. Al 88.6% de las viviendas se les realiza la recolección por medio del servicio de aseo. El 5.7% la lleva a un contenedor. El 5.7 bota la basura a un patio, lote o zanja, etc.

El 34.3% de la población se encuentra afectada por ruido, el 14.3% por inseguridad.

3.3.4.10 Barrio Villa María. Habitado por personas clasificadas en estrato 4. Al 100% se les realiza la recolección de basuras por medio del servicio de aseo. Nadie las lleva a un contendor o basurero publico. Ni tampoco las llevan o botan a un patio, lote o zanja.

3.3.4.11 Barrio Las Acacias. Habitado por estratos 4,5 y 6 principalmente. El 22.2% de la población se ve afectada por polvo. A todas las viviendas les son recogidas las basuras por los servicios de aseo. Nadie las lleva a un contenedor o basurero publico. Ni tampoco las llevan o botan a un patio, lote o zanja, etc.

El 4.4% de la población se encuentra afectada por ruido, el 8.9% por malos olores, el 2.,2% por inseguridad.

3.3.4.12 Barrio Topacio. Habitado por estratos 3 y 4. El 66.1% se ve afectada por polvo. Al 96.6% de las viviendas se les realiza la recolección de basuras por medio del servicio de aseo. El 1.7% la lleva a un contenedor o basurero publico. El 1.7% la bota al patio, lote o zanja, etc..

El 16.9% de la población se encuentra afectada por ruido, el 35.6% por malos olores, el 1.7% por inseguridad.

La actual pavimentación de la carretera de acceso (Posterior a la realización de la encuesta) se presume ha modificado la presencia de polvo como factor contaminante de las viviendas, causa que se considera relevante para este malestar social detectado.

3.3.4.13 Barrio Alfonso López. Habitado por estratos 3,4 y 5. El 33.3% se ve afectada por polvo. Nadie las bota a un contenedor o basurero publico. Nadie las bota a un patio, lote o zanja, etc..

El 33.3% de la población se encuentra afectada por ruido, el 16.7% por malos olores, el 7.1% por inseguridad.

3.3.4.14 Barrio Colmena. Habitado por estratos 3,4 y 5 principalmente. El 6.7% de la población se encuentra afectada por polvo. Al 95.6% de las viviendas se les realiza la recolección de basuras por medio de los servicios de aseo. El 2.2% las lleva a un contenedor. El 2.2% de las viviendas botan las basuras a un patio lote o zanja.

El 31.1% de la población se encuentra afectada por ruido, el 24.4% por malos olores, el 13.3% por inseguridad.

3.3.4.15 Barrio Alto de las Iguanas. Habitado por estratos 2,3 y 4 del SISBEN. El 16.7% de la población se ve afectada por polvo. Nadie las bota a un contenedor . Nadie las bota a un patio, lote o zanja, etc..

El 40% de la población se encuentra afectada por ruido, el 26.7% por malos olores, el 3.3% por inseguridad.

3.3.4.16 Barrio La Lorena. Habitado por estratos 1,2 y 3 principalmente. El 14.3% de las viviendas se encuentran afectadas por polvo. Al 78.6% de las viviendas se les realiza la recolección por medio de los servicios de aseo. El 21.4% de las viviendas bota la basura a un patio, lote o zanja, etc.

El 57.1% de la población se encuentra afectada por ruido. el 50% por malos olores, el 42.9% por inseguridad. El 14.3% de las viviendas no tienen servicio sanitario.

3.3.4.17 Barrio Murillo Toro. Habitado por estratos 3,4 y 5. El 13.3% se ve afectada por polvo. Al 98.3% de las viviendas se les realizan la recolección de basuras por los servicios de aseo.

El 13.3% de la población se encuentra afectada por ruido. el 21.7% por malos olores, el 6.7% por inseguridad.

3.3.4.18 Barrio El Recreo. Habitado por estratos 3,4,5 y 6. El 26.2% se ve afectada por polvo. Al 95.2% de las viviendas se les realiza recolección de basuras por los servicios de aseo.

El 13.3% de la población se encuentra afectada por ruido. el 23.8% por malos olores, el 16.7% por inseguridad.

3.3.4.19 Barrio Acemito. Es habitado por estratos 1,2 y 3 del SISBEN. El 29.5% de la población se encuentra afectada por polvo. Al 77.3% de las viviendas se les realiza la recolección de basuras por los servicios de aseo. El 22.7% las bota a un lote, patio , zanja, etc.

El 9.1% de la población se encuentra afectada por ruido. el 18.2% por malos olores, el

22.7% por inseguridad. El 29.5% de las viviendas tienen paredes de guadua, caña, esterilla u otro material vegetal, el 38.6% posee pisos de tierra.

3.3.4.20 Barrio El Centro. Principalmente habitado por estratos 3 y 4. Con alguna relevancia del estrato 5. El 35.9% de la población se ve afectada por polvo. Al 98.6% se les realiza la recolección de basuras por los servicios de aseo. El 0.3% las llevan a un contenedor y el 1.1% las botan a u lote, patio , zanja, etc. El 30.8% de las viviendas de este barrio tienen tubería interna galvanizada.

El 46% de la población se encuentra afectada por ruido. el 26% por malos olores, el 19.2% por inseguridad.

3.3.4.21 Barrio San Rafael. Habitado por estratos 3 y 4 con alguna participación del estrato 2. El 40.4% de la población se ve afectada por polvo. Al 94.9% de las viviendas se les realiza la recolección de basura por los servicios de aseo. El 5.1% las bota a un patio, lote o zanja, etc.

El 25.3% de la población se encuentra afectada por ruido. el 21.2% por malos olores, el 14.1% por inseguridad.

3.3.4.22 Barrio Cayunda. Habitado por estratos 2,3 y 4 con alguna representación del estrato 1. El 26.6% de la población se ve afectada por polvo. Al 79.8% de las viviendas

en Cayunda se les realiza la recolección de basuras por los servicios de aseo. El 20.2% las bota a un patio, zanja, lote. quebrada, etc.

El 24.5% de la población se encuentra afectada por ruido. el 34% por malos olores, el 13.8% por inseguridad.

3.3.4.23 Barrio Bello Horizonte. Habitado principalmente por personas clasificadas en estratos 3,4 y 5. El 42.3% de la población se ve afectada por polvo. Al 94.4% de las viviendas se les realiza la recolección de basuras por los servicios de aseo. El 5.6% las bota a un patio, lote o zanja.

El 35.2% de la población se encuentra afectada por ruido. el 14.1% por malos olores, el 12.7% por inseguridad.

3.3.4.24 Barrio Fernando Salazar. Principalmente habitado por estratos 1,2 y 3. Al 94.8% de las viviendas en el barrio se les realiza la recolección de basuras por los servicios de aseo. El 5.2% las bota a un lote. patio, zanja. El 37.7% de la población se encuentra afectada por ruido. el 49.4% por malos olores, el 20.8% por inseguridad, el 42.9% por polvo,

3.3.4.25 Barrio San Juanito. El 87.1% de los habitantes de este sector, pertenecen al estrato 1, el estrato 2 aporta el 12.9% restante. Al 14.3% de las viviendas se les realiza

la recolección de basuras por los servicios de aseo. El 85.7% las bota a un lote, patio o zanja, etc.

El 35.7% de la población se encuentra afectada por ruido. el 50% por malos olores, el 38.1% por inseguridad, el 23.8% por polvo.

El 78.8% utiliza la vela como alumbrado. El 16.7% de las viviendas no tienen servicio sanitario.

El 52.4% de las viviendas toman el agua para preparar los alimentos de una pila pública u otra fuente. El 16.7% de las viviendas utilizan como material de tubería interna otros elementos de transporte de agua.

El 76.2% de las viviendas poseen paredes de guadua, caña, esterilla u otro material vegetal, el 52.4% posee pisos de tierra.

3.3.4.26 Barrio San Antonio. Es el sector de mayor dispersión de estratos, habitado principalmente por estratos 2,3 y 4 con representación significativa del estrato 5 y alguna presencia del estrato 1. El 50% se ve afectado por polvo. Al 86.8% de las viviendas se les realiza la recolección de basura por medio de los servicios de aseo, el 13.2% las bota en un patio lote etc.

El 39.5% de la población se encuentra afectada por ruido. el 44.7% por malos olores, el 28.9% por inseguridad.

3.3.4.27 Barrio Puerto Leticia. Principalmente habitado por estratos 2 y 3 con alguna representación del estrato 4. El 88.2% recoge las basuras el servicio de aseo, el 2.6% las bota a un patio ,lote zanja etc y el 9.2% las lleva a un contenedor.

El 47.4% de la población se encuentra afectada por ruido, el 28.9% por inseguridad, el 46.1% por polvo, el 51.3% de la población se queja de malos olores debido a los servicios sanitarios.

3.3.4.28 Barrio El Jordán. Habitado por estratos 3 y 4 del SISBEN. El 33.3% de la población se ve afectada por malos olores, el 33.3% por inseguridad, al 100% de la población se les recoge la basura por medio de los servicios de aseo municipales.

3.3.4.29 Barrio La Elisa. Habitado por estratos 3 y 4 con importante representación del estrato 2 del SISBEN. El 50% de la población se ve afectada por polvo. Por malos olores el 66.7%, el 16.7% por inseguridad,

3.3.4.30 Barrio El Mirador. Habitado por personas clasificadas en estratos 1 y 2. El 21.4% por malos olores, el 21.4% por ruidos, el 35.7% por inseguridad, no poseen servicio sanitario el 14.35% de las viviendas de este barrio. El 50% de las viviendas de este barrio toman el agua para preparar los alimentos de una pila publica u otra fuente. Al 92.9% de las viviendas se les recogen las basuras por medio de los servicios de aseo

municipales. El 7.1% botan las basuras a un patio, lote, zanja, las entierran o las queman. La manguera es el material de tubería interna que se observó en un 35.7% de las viviendas. El 64.3% de las viviendas poseen paredes de madera burda.

3.3.4.31 Barrio Betania. Estratos 3 y 4 principalmente. El 50% por malos olores, el 14.3% por inseguridad, el 64.3% por polvo. El 21.4% de la población se encuentra afectada por ruido.

3.3.4.32 Barrio Moldavia. Estratos 2 y 3 del SISBEN. El 66.7% de la población se ve afectada por polvo. El 33% se ve afectada por malos olores, el 33.3% por inseguridad. El 100% de las viviendas botan la basura a un patio, lote, zanja, las queman o las entierran.

3.3.4.33 Vereda Bagazal. Estratos 2,3 y 4 Principalmente. El 19% de la población se ve afectada por ruido, el 38% de la población refieren como factor contaminante el polvo.

3.3.4.34 Vereda Chapaima. Estratos 1,2 y 3 Principalmente. El 8.8% de la población se ve afectada por ruido. El 71.3% de las viviendas no tiene servicio sanitario. El 57.5% de la población toma el agua para preparar los alimentos del río o manantial y el 33.8% la toman de un pozo sin bomba, aljibe, barreno, aguas lluvias.

El 97.5% de la población tiran la basura a un patio, lote, zanja, río o quebrada. El 27.5% de las viviendas poseen pisos de tierra.

3.3.4.35 Vereda El Puente. Estratos 3 y 4. Existe así mismo alguna representación del estrato 5 en esta vereda. El 9.1% de la población se ve afectada por ruido, el 54.5% esta afectada por malos olores

3.3.4.36 Vereda San Isidro. Estrato 3. El 58.2% de la población se ve afectada por el difícil acceso a la vereda. El 71.6% de las viviendas no tiene servicio sanitario. El 71.6% de la población toman el agua para preparar los alimentos del río. El 100% de la población tiran la basura a un lote, patio, zanja, río o quebrada. El 32.8% de las viviendas poseen pisos de tierra.

3.3.4.37 Vereda La Esmeralda. Estratos 1 y 2 con alguna participación del estrato 3 del SISBEN. El 47.1 % de la población se ve afectada por el difícil acceso a la vereda. El 82.4% de las viviendas no tienen servicio sanitario. El 52.9% toman el agua para preparar los alimentos del río y el 38.2% la toman de un pozo sin bomba. El 100% de la población tiran la basura a un lote-patio-zanja. El 32.4% de las viviendas de esta vereda tienen paredes de bahareque, y el 52.9% pisos de tierra.

3.3.4.38 Vereda La Masata. Estratos 2 y 3. El 41.7% de la población se ve afectada por ruido, es la vereda mas insegura con un 33.3%,

3.3.4.39 Vereda El Balzal. Estratos 1,2 y 3. El 66.7 % de la población se ve afectada por el difícil acceso a la vereda. El 50% de las viviendas en esta vereda tienen paredes de bahareque.

3.3.4.40 Vereda El Salitre Negro. Estratos 1,2 y 3. El 34.1% de la población se ve afectada por ruido. El 61% de la población toma el agua para preparar los alimentos del río o manantial.

3.3.4.41 Vereda El Chorillo. Estratos 1,2 y 3. El 46.3% de la población se ve afectada por ruido. El 96.3% de la población botan las basuras a los patios, lotes , ríos o quebradas.

3.3.4.42 Vereda Río Dulce. Estrato 3 con representación de los estratos 1 y 2. El 31.4% de la población se ve afectada por ruido. El 96.5% de la población bota las basuras a los patios, lotes o zanjas. El 17.4% de las viviendas de esta vereda tienen paredes de bahareque, y el 23.3% posee pisos de tierra.

3.4 CARACTERISTICAS DEL ESTILO DE VIDA

3.4.1 Toma de Presión Arterial. El 59.2% de la Población general urbana del municipio de Villeta, se ha tomado la presión arterial, cifra que disminuye al 37.6% en la población rural. Con relación a la edad, el 83.23% de la población mayor de 15 años se ha tomado la presión arterial alguna vez en su vida en el área urbana, en contraste con el 56.76% del área rural para el mismo grupo. Con relación al sexo, se observa una diferencia significativa, evidenciando una mayor proporción de mujeres que se han tomado la presión alguna vez en la vida.(Gráfico No.10.)

El acceso a la seguridad social, mejora la prevalencia en la toma de la presión arterial, con relación a la población no asegurada, demostrando una prevalencia del 87.6% en los afiliados directos y del 56.8% en la población no asegurada del área urbana (Valor $p < 0.0001$). Adicionalmente, se observa un incremento significativo en la prevalencia de la toma de presión arterial, directamente proporcional al aumento en el nivel de escolaridad de la población (Valor $p < 0.0001$).

La posición socioeconómica y el nivel de ingreso de la población, también afecta significativamente la prevalencia en la toma de la presión, observándose que a mayor ingreso, es mayor la población que se la ha tomado alguna vez en la vida.

El 18.4% de las personas mayores de quince años que se han tomado la presión arterial, la reportaron alta en el area urbana; sin embargo cuando se observa el comportamiento sobre la población general, la prevalencia de hipertensión cae al 10.9%, en razón al alto número de personas que desconocen sus cifras tensionales y a la influencia ejercida por la población menor de 15 años.

El 61.4% de la población que se ha tomado la presión alguna vez en su vida, la controla mínimo una vez al año.

3.4.2 Prevalencia de Hipertensión Arterial. La prevalencia de Hipertensión Arterial, aumenta con la edad, alcanzando un 30% de la población mayor de 60 años. En el area urbana, la prevalencia global de Hipertensión fue de 10.9% haciendo salvedad de la inclusión de las personas que desconocen sus cifras tensionales y de los menores de 15 años. Entre las personas que se han tomado la presión alguna vez en su vida, la prevalencia observada fue del 18.4%.(Gráfico No. 11).

El 15.7% de la población urbana mayor de 15 años tiene la presión alta al momento del estudio y de ellos un 20.1% no controla la presión arterial mínimo una vez al año; en este grupo ètareo, el 16.69% no se ha tomado nunca la presión arterial, cifra que disminuye con la edad.

En el area rural, el 13.9% de la población mayor de 15 años, se conoce hipertensa. De este grupo, el 25.1% no la controla y el 43.24% nunca se ha tomado la presión arterial.

Se observa una mayor prevalencia de Hipertensión arterial en el sexo femenino.

De los hipertensos, solo el 38.2% practican alguna actividad física; no se observan diferencias significativas en este estudio en la prevalencia de hipertensión entre fumadores y no fumadores, ni entre tomadores y no tomadores, pero si se observa una clara relación entre obesidad e Hipertensión ($p < 0.0001$)(Gràfica No.12).

3.4.3 Control de la Presión Arterial. El 51.2% de la población mayor de 15 años controla la presión arterial mínimo una vez al año en el area urbana, observándose una mayor tendencia en el sexo femenino y en los afiliados a la seguridad social.

El control de la presión arterial se incrementa proporcionalmente al nivel educativo y con

el estrato socioeconómico. El 79.9% de los hipertensos, afirman controlar la presión arterial mínimo una vez al año.(Gráfico No.13).

3.4.4 Ejercicio. La actividad física, observa un comportamiento inversamente proporcional a la edad, presentándose una mayor actividad deportiva en la edad escolar, adolescencia y juventud, con una fuerte asociación a la asistencia a establecimientos educativos.

Solo el 32.1% de la población mayor de 45 años practica alguna actividad deportiva en el área urbana. La mayoría de las personas que hacen ejercicio, lo practican diariamente, especialmente en los grupos etáreos más jóvenes.(Gráfico No. 14).

3.4.5 Tabaquismo. El 10.6% de la población mayor de 15 años fuma en el área urbana, observándose un ligero aumento no significativo en el área rural con un 11.2% de fumadores en este grupo etáreo. Gráfico No. (15).

El tabaquismo aumenta con la edad hasta los 44 años en donde tiene tendencia a disminuir ligeramente; decrece con la educación, notándose un ligero incremento entre los profesionales.

3.4.6 Alcoholismo. El 12.7% de la población urbana mayor de 15 años consume mas de Cinco (5) tragos o su equivalente por semana en una sola sesión; existe un incremento significativo en la prevalencia del consumo de alcohol en el área rural para este grupo etáreo; observándose una relación Urbano:Rural de 1:2 (Prevalencia rural del 24.95%). (Gráfico No. 16).

3.4.7 Obesidad. El 19.2% y el 9.55% de las poblaciones urbana y rural, mayores de 15 años, se reportan obesas. Diferencia que es significativa, para una relación Urbana: Rural de 2:1; la obesidad tiene relación directa con la edad y el sexo, observándose una mayor prevalencia en mujeres del grupo de 45 a 59 años. (Gráfica No. 17)

3.5 RIESGO CARDIOVASCULAR SEGUN VARIABLES

3.5.1 Ponderación

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado la potenciación que existe entre los diversos factores de riesgo, en la producción del fenómeno cardiovascular. Es a como a pesar de que individualmente, los factores inciden de manera directa sobre la enfermedad, la adición de otros factores potencia el fenómeno resultante.

Con este razonamiento el equipo investigador del Colegio Odontológico Colombiano, basado en metodologías previas -Estudio de riesgo cardiovascular de Framingham-, elaboró la siguiente ponderación sobre los diferentes factores de riesgo involucrados en la encuesta, en el ánimo de obtener un análisis cualitativo de este problema en la comunidad de Villeta.

VARIABLE	OPCION	PUNTAJE
Toma de Presión	No (Mayor de 20 años)	15
Presión Alta	Si	25
	No Sabe (Mayor 20 años)	15
Control de Presión	No (Hipertenso)	35
Obesidad	Si	25
Tabaquismo	Si	25
Alcoholismo	Si	25
Hábitos de Consulta *	Enfermera o boticario	15
* En Hipertensos	Empírico o No consulta	25
	Automedica o Casero	25
Ejercicio	No (Mayor de 15 años)	25

Mediante la matriz anterior y observando que algunas de las variables son mutuamente excluyentes, el máximo puntaje posible es de 200. A trabas de consenso el equipo investigador definió los rangos cualitativos de interpretación de la siguiente manera:

0	Sin Riesgo
1-80	Riesgo Bajo
81-139	Riesgo Medio
140-200	Riesgo Alto

3.5.2 Análisis del Riesgo Cardiovascular en la comunidad. El municipio de Villeta, tiene a un 10% de su población en el rango de Mediano a Alto riesgo de enfermedad cardiovascular, lo cual implica serias consecuencias de orden económico y social en el corto plazo. El riesgo aumenta con la edad, los grupos menores de quince años se localizaron en su mayoría en los rangos de menor riesgo con incremento progresivo en los grupos de 15 a 44 años y 45 a 59 años en donde se localiza el máximo riesgo.

Con relación al sexo, no se encontraron diferencias significativas en la distribución del riesgo.

El Comportamiento del riesgo fue muy similar para los rangos inferiores con relación al estrato socioeconómico de la población, sin embargo se aprecia un incremento sustancial del Alto Riesgo para el Estrato 5 SISBEN, posiblemente en consideración a sus hábitos alimenticios, obesidad y sedentarismo.

Se observa igualmente un mayor riesgo cardiovascular en los afiliados directos a la seguridad social, que en sus derechohabientes. La distribución del riesgo con relación a la entidad de afiliación, mostró diferencias altamente significativas ($p < 0.0001$), observándose una prevalencia mayor de personas de alto riesgo afiliadas al Seguro Social y las Cajas de Previsión, que a las entidades de Prepago y Otras EPS, lo cual se explica

en razón al sistema de preexistencias vigente con anterioridad a la ley 100 de 1993 y a la población actualmente capturada por las nuevas EPS con predominio de los grupos etáreos mas jóvenes.

El riesgo cardiovascular, también tiene una relación directa con la escolaridad, observándose una mayor prevalencia de los riesgos altos entre las personas con nivel primario o secundario. Sin embargo el mediano riesgo cardiovascular presenta un pico entre los universitarios.

3.6 CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

3.6.1 Caracterización de la Demanda Se observa que tanto en el área urbana como rural, la mayor parte de la población consulta habitualmente al médico; en el área rural, hay un ligero incremento en la población que habitualmente consulta a la enfermera.

El Hospital Salazar, es la entidad a la que más consultan los habitantes, absorbiendo al 49.2% de la población urbana y al 61.9% de la población rural. Sin embargo es llamativa la alta frecuencia con que son consultados los Médicos Particulares en el Municipio, ejercicio que absorbe el 27.1% de la población urbana y el 18.2% de la población rural. (Gráfica No. 18).

Solo optan por consultar a otros municipios el 1.9% de la Población Urbana y el 3.6% de la rural. El aumento significativo de la proporción Urbana: Rural (1:2) que consulta a otros municipios, obedece a la proximidad geográfica de algunas veredas del área rural a los servicios de salud vecinos.

Al CAA del Instituto de seguros sociales, acude el 14.4% de la población urbana y tan solo el 3.3% de la población rural, frecuencia que obedece a la baja cobertura de la seguridad social en el campo.

En Términos generales, hay satisfacción con los servicios recibidos, independientemente de la entidad de consulta, con un 93.4% de satisfacción urbana contra un 89.4% de satisfacción rural.

Con relación a la última entidad consultada, la mayor satisfacción manifestada por los usuarios, la obtuvo el Médico Particular con un 98.6% , seguida de la atención ofrecida a quienes consultaron a otros municipios con un 96.5%. El tercer lugar fue ocupado por el CAA del seguro social con un 96% de satisfacción y el Cuarto por el Hospital Salazar, con un 93.7% de satisfacción de los usuarios.

Por debajo del 90% de satisfacción, fueron calificados los empíricos con un 87.5% y es de relevancia la pésima satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos por los puestos de salud, en donde el nivel cayó hasta el 75.3% de satisfacción.

Los datos anteriores coinciden con resultados de encuestas institucionales de control de calidad realizados por la EPS seguro social en el municipio.

No tiene seguridad social el 61.8% de la población urbana y el 80.9% de la Población rural. Quienes tienen seguridad social (38.2% urbano) se encuentran afiliados principalmente al seguro social (29.6% de la Población total urbana); las cajas de previsión, las entidades de prepago y las otras EPS suman entre todas el 8,6% de la cobertura adicional.(Gráfica No.19).

En el área rural el seguro social, solo está representado en el 6.5% de su población y las entidades restantes cubren apenas el 2.8% entre todas ellas.

Sinembargo los afiliados al seguro social, solo consultaron a dicha entidad en un 43.2% la última vez que enfermaron; es relevante y significativo el 27.4% de afiliados que consultaron al Hospital Salazar y el 23.3% que lo hicieron a médicos particulares.(Gráfica No.20).

Los no afiliados a la seguridad social, consultaron preferencialmente al Hospital Salazar en un 62.2% y a los médicos particulares en un 26.6%.

En el área rural el comportamiento de los afiliados a la seguridad social, fue similar a la urbana, pero se hace relevante la cobertura total de los Puestos de Salud, que no supera al 7.1% de la población.

La proporción de Afiliado: Derechohabiente es de 1.6 Derechohabientes por cada afiliado del área urbana y de 5.6 Derechohabientes para el área rural.

Los afiliados a la seguridad social que consultaron al Hospital Salazar, se sintieron satisfechos en un 94.42 % y los que consultaron al CAA del seguro social, lo estuvieron en un 96.66 %.

El nivel socioeconómico de los afiliados a la seguridad social, se concentró en un 73.7% en los estratos del SISBEN 3 Y 4; con un 18.9% en el estrato SISBEN 5. Los estratos SISBEN 1 Y 2 solo tuvieron una representación del 6.4% en la seguridad social.(Gráfica No. 21)

El 78.6% de los no asegurados corresponden a los estratos del SISBEN 1, 2 Y 3. El estrato SISBEN 6, se encuentra afiliado a la EPS seguro social en un 71.4% y a medicina de Prepago en un 14.3%.

El 16.46% de las actividades reportadas por el Hospital Salazar de Villeta, durante 1994 se prestaron a pacientes procedentes de otros municipios, especialmente a través del servicio de Urgencias en donde la atención a la población flotante, ascendió a cerca del 20% del total de sus activos.

La cobertura poblacional anual del servicio de salud hospitalario solo alcanzó según registros del Diario de Consulta Médica un 38.1% de pacientes atendidos por primera vez en el año. Se observa un incremento importante en el número de actividades reportadas por el servicio de urgencias durante los meses de Julio y Diciembre.

3.6.2 Caracterización de la Oferta.

3.6.2.1 Recurso Físico. La infraestructura con que cuenta el municipio de Villeta, en el momento es insuficiente para el cubrimiento de la población como se puede observar en la siguiente tabla.

CONSULTORIOS Y EQUIPOS	HOSPITAL SALAZAR	C.A.A I. S.S.	PARTICULAR	TOTAL
MÉDICOS	5	2	5	12
ODONTOLOGICOS	2	2	3	7
LAB. CLÍNICOS	1	1	3	5
ENFERMERÍA	2	1	0	3
SALAS CIRUGÍA	2	0	0	2
SALA OBSTET.	1	0	0	1
EQUIPO RX	1	0	0	1
AMBULANCIAS	3	0	0	3

3.6.2.2 Recurso Humano. A continuación se toma el dato global de horas/profesionales de la salud que se encuentran laborando en las diferentes instituciones.

Institución/Profesional	Cantidad	Hora/día	Hora/año
HOSPITAL SALAZAR			
Médico gerencia	1	8	2.000
Médicos	14	92	23.000
Odontólogos	2	16	4.000
Bacteriólogas	3	24	6.000
Enfermeras Licenciadas	4	32	8.000
Auxiliares de Enfermería	32	256	64.000
C.A.A ISS			
Médico gerencia	1	8	2.000
Médicos	2	12	3.000
Odontólogos	2	10	2.500
Bacterióloga	1	4	1.000
Auxiliar Enfermería	1	8	2.000
PARTICULARES			
Médicos	5	40	10.000
Odontólogos	3	24	6.000
Bacteriólogas	4	32	8.000

De la tabla anterior se deduce que Villeta cuenta con el siguiente profesional de la salud en relación con horas año:

Profesional	cantidad	Total horas/año
Médicos gerencia	2	4.000
Médicos	21	36.000
Odontólogos	7	12.500
Bacteriòlogas	8	15.000
Enfermeras Licenciadas	4	8.000
Auxiliares Enfermería	33	66.000

Para la atención en Salud a la población de Villeta en este momento se cuenta con 1 médico por cada 1.122 habitantes, 1 odontólogo por 3.367 habitantes, 1 Bacteriòloga por 2.946 habitantes, 1 enfermera licenciada por 5.892 habitantes, 1 auxiliar de enfermería por 714 habitantes.

3.6.2.3 Recurso Económico. El municipio de VILLETA para 1.995 presupuestó para salud \$270.419.880 millones de pesos de los cuales \$128,404.022 se asignaron al área urbana y \$131.993.478 al área rural y \$10.022.380 para la Dirección Local de Salud. Los recursos del I.S.S son captados por capitación de sus 2.429 afiliados y sus correspondientes beneficiarios (aproximadamente 10.000 beneficiarios).

3.7 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN

3.7.1 Morbilidad General. El estudio del conjunto de procesos que provocan daño y enfermedad en la población, a partir de los registros sistemáticos de morbilidad; proporciona la información sobre las causas de enfermedad que demandan servicios de salud en la consulta externa y urgencias del Municipio de Villeta; pero no permiten la estimación de riesgos de morbilidad en la población por edad, sexo y causa específica, en razón a que no todos los episodios de enfermedad en una población demandan servicios de salud; sin embargo aportan un panorama importante en la medición de la demanda y consumo de horas médico en la atención de patologías cuyo manejo debería incluir programas masivos de promoción y prevención comunitaria, que minimizarían el costo de la atención médica de nuestro medio.

La prevalencia de enfermedad global (por todas las causas), fue mayor en mujeres que en hombres; generando un 62.5% de la demanda hospitalaria, lo que contrasta con los datos de mortalidad, mayor en los hombres que en las mujeres, indicando que aunque la morbilidad es menor en la población masculina, su severidad y letalidad es mayor que en las mujeres.

Dicha situación es consistente con la alta prevalencia de Trauma en los hombres (64.3 de la demanda específica), con una proporción hombre:mujer de 1,8 : 1 (violencia).

Los extremos de la vida están asociados a una mayor morbilidad; equiparable a lo observado en otras partes del mundo y en el estudio Nacional de Morbilidad (1.990) y corrobora que la niñez y la tercera edad, son los períodos de mayor riesgo de enfermedad y muerte.

La edad está asociada con patrones de morbilidad diferentes, la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad, mientras que la de enfermedades agudas tiende a disminuir; en razón a la mayor incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda en los niños.

Los cinco primeros motivos de demanda de consulta externa al Hospital Salazar con relación al total de actividades desarrolladas fueron en su orden para el año de 1994:

1. Embarazo Normal	11.22%
2. Paciente Sano	10.11%
3. I.R.A.	6.16%
4. Cervicitis y Vaginitis	5.44%
5. Trastornos Refracción	5.40%

En el servicio de Urgencias, el comportamiento de la demanda con relación a los cinco primeros motivos de consulta fue:

1. Trauma	25.98%
2. I.R.A.	10.28%
3. E.D.A	6.39%
4. Otras Virales S.P.	5.28%
5. ASMA e HRB	3.52%

En el Servicio de Odontología, el comportamiento de la demanda fue así:

1. Enf Tejidos Dent duros	56.11%
2. Enf Pulpa y Periapical	16.73%
3. Otras Afecciones	14.07%
4. Enf Periodontal	6.60%
5. Trast Desarrollo Erupción	2.49%

En los puestos de Salud, la demanda se comportó en su orden:

1. Embarazo Normal	13.40%
2. I.R.A.	7.64%
3. Parasitismo Intestinal	7.64%
4. Otras Virales S.P.	5.09%

5. Paciente Sano 4.87%

Al integrar los servicios hospitalarios, el comportamiento de la demanda municipal de servicios de salud, presenta el siguiente perfil general :

1. Trauma 9.19%

2. Embarazo Normal 7.34%

3. I.R.A. 7.03%

4. Paciente Sano 6.63%

5. Enf. Tejidos Dent duros 3.98%

Con relación al SEGURO SOCIAL, la demanda observó durante 1994, el siguiente comportamiento:

1. Paciente Sano 8.23%

2. Embarazo Normal 7.22%

3. I.R.A. 6.25%

4. Parasitismo Intestinal 5.67%

5. Cervicitis y Vaginitis 5.00%

Los Datos Obtenidos de la consulta particular, a partir de la Información suministrada por el Centro Médico de Asesorías en Seguridad y Medicina preventiva ASMEP Ltda, para

el primer semestre de 1994, ofrecen el siguiente perfil de demanda:

1. I.R.A	17.50%
2. Paciente Sano	7.36%
3. Embarazo Normal	5.00%
4. E.D.A.	4.86%
5. Trauma	4.58%

Con los perfiles anteriores, observamos que la consulta por Reproducción, Desarrollo y Estado de Salud, genera un alto consumo del recurso médico en la mayoría de las entidades. Así mismo las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan un lugar importante en la demanda de servicios en el municipio.

Los principales problemas de Salud detectados y los grupos de edad y sexo se resumen en los cuadros anexos; se destacan como principales causas:

1. TRAUMA
2. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA I.R.A.
3. ENFERMEDADES DENTARIAS
4. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA E.D.A.
5. PARASITISMO INTESTINAL (Gráfico No 22)

Adicionalmente cabe resaltar como importante motivo de demanda, el Embarazo normal y el paciente Sano en todos los servicios de Salud.

Es relevante el renglón que ocupa en la consulta médica del Seguro Social, la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus con relación a los otros servicios de salud. Podríamos presumir como causa del fenómeno, la "Motivación" de estos pacientes crónicos a la consulta general, con el único objeto de satisfacer el suministro de medicamentos, mismo que no existe en los otros servicios estatales o en la medicina privada. Sin embargo la "Congestión" y represamiento de los servicios de la seguridad social, se venía gradualmente minimizada con la implementación de programas delegados, definidos, manejados por profesionales no médicos y con una canalización adecuada de estos pacientes.

El Embarazo Normal en la consulta de medicina general debe programarse a un programa especial de los servicios de salud, en aras de mejorar la "Oportunidad" de la consulta.

El Parasitismo intestinal es otro motivo frecuente de demanda de servicios de salud en nuestro medio, fenómeno que obedece a arraigados conceptos culturales nosológicos sobre esta entidad y que motivan al padre a solicitar "purgantes y vitaminas", en los pre-escolares y escolares por lo demás sanos.

La masificación del consumo de Antihelmínticos a través de un programa delegado, puede influir positivamente la demanda de servicios médicos por este motivo, mejorando la disponibilidad del profesional para la solución de los problemas de mayor "Severidad" del área.

3.7.2 Morbilidad por grupo de edad

3.7.2.1 Salud en los Niños (Grupo 0-4 años). Este período de vida (exceptuando la tercera edad) es el de mayor riesgo de muerte y enfermedad

El principal motivo de consulta para este grupo etáreo es la Infección Respiratoria Aguda, lo cual es consecuente con la realidad nacional. El segundo renglón lo ocupa la Enfermedad Diarreica Aguda.

El Trauma y Violencia es una amenaza desde el primer año de vida, ocupando el cuarto motivo de consulta externa del grupo en el municipio. Discriminando los motivos de consulta por Trauma, se observa que fundamentalmente obedece a accidentes ocurridos en el hogar, cuerpos extraños y quemaduras; esto refleja un ambiente domiciliario y familiar hostil y violento desde edades tempranas.

Las enfermedades de los órganos de los sentidos ocasionan considerable morbilidad, los trastornos de la conjuntiva y el oído aparecen entre los diez primeros motivos de consulta

externa de todos los servicios de salud, para este grupo etáreo.

Las enfermedades de la piel, son otro motivo de consulta, para este grupo de edad; las condiciones climáticas pueden ser el factor predisponente para este problema. El Parasitismo Intestinal es igualmente un factor importante de demanda de servicios de salud.

3.7.2.2 Salud en los Escolares (Grupo 5-14 años). Los principales problemas de salud de los escolares en el municipio, son el Trauma, los problemas de los órganos de los sentidos y los dientes y el Parasitismo intestinal.

El Trauma, para este grupo se manifiesta principalmente por heridas superficiales y cuerpos extraños, situación que es potencialmente previsible.

Las enfermedades de los Órganos de los sentidos no se reflejan en la mortalidad, pero ocasionan considerable morbilidad y son trascendentes al desarrollo sicomotor del niño y el rendimiento académico del escolar, las otitis ocupan un renglón importante en la demanda de servicios de salud.

Las enfermedades de los dientes ocupan el tercer lugar en la demanda de consulta externa en este grupo, luego de la consulta del paciente sano y el trauma. Sin embargo la Encuesta nacional de Salud (1990), reveló que el problema es aún de mayor magnitud en el país (nueve de cada diez escolares presentan caries); lo anterior nos obliga a reflexionar sobre la capacidad de oferta y centralización de los servicios Odontológicos en el área,

como factor de demanda insatisfecha para la solución de este crónico problema en el municipio.

La Infección Respiratoria Aguda y el Parasitismo Intestinal son los principales problemas infecciosos que demandan consulta en este grupo.

3.7.2.3 Salud en los Jóvenes y Adultos (Grupo 15-44 años). Este grupo incluye al grueso de la población económicamente activa y a las mujeres en edad fértil, por lo que los motivos de demanda de servicios de salud se afectan considerablemente.

El Trauma y la Violencia particularmente en los hombres, es el renglón más relevante de morbilidad para este grupo; solo es superado como causa de demanda de servicios de salud por el Embarazo Normal y los eventos relacionados con la vida reproductiva de la mujer.

El promedio de actividades médicas de consulta externa por paciente embarazada, se podría racionalizar mediante el fortalecimiento de programas delegados de control prenatal. La Cervicitis y Vaginitis ocupan en la mujer una causa importante de morbilidad para este grupo etáreo en todos los servicios de salud.

3.7.2.4 Salud en los Adultos Mayores y la Tercera Edad (45 y más años). Este grupo incluye los grupos de 45 - 59 años (adultos mayores) y de más de 60 años (tercera edad), al considerar que el perfil de morbilidad es similar en ambos grupos (enfermedades

crónicas, cáncer, trauma y violencia), con algunas diferencias en magnitud y en interpretación, considerando que en la tercera edad, prima el concepto de discapacidad, independencia y calidad de vida.

Las enfermedades crónicas dominan el perfil de la vida adulta y la tercera edad. La Hipertensión Arterial es de primer motivo de demanda de servicios de salud en el Seguro Social y tercero en el Hospital Salazar, superado por el Trauma y los trastornos Ópticos de refracción.

La Diabetes Mellitus es causa importante de morbilidad y su frecuencia es mayor en la tercera edad, apreciable en la distribución por demanda de servicios de salud a la seguridad social.

Las enfermedades del sistema Osteomuscular (Dorsopatías y Artropatías) ocasionan considerable morbilidad y discapacidad en adultos mayores.

El Trauma con relación al sexo tiene tendencia a ser Masculino en el grupo de 45 - 59 años, como respuesta al fenómeno de violencia. Pero no existe diferencia por sexos en los mayores de 60 años, esto se debe a que en la tercera edad aumenta la frecuencia de accidentes, como consecuencia de las limitaciones físicas propias de este grupo etáreo, presentándose un alto número de fracturas y accidentes originados en el hogar.

Las enfermedades de los Órganos de los sentidos son motivo importante de demanda a los servicios de salud; en los mayores de 45 años se destacan los trastornos de refracción y acomodación y las cataratas.

En el espectro de la enfermedad Aguda, reaparece en este grupo de edad la Infección Respiratoria Aguda, como causa de demanda de servicios de salud; reflejo del deterioro del sistema inmunológico que acompaña el proceso de envejecimiento del organismo. Los datos encontrados por el grupo Investigador del Colegio Odontológico Colombiano en el municipio de Villeta, con relación a la morbilidad general y a la morbilidad por grupo etáreo, son consecuentes con la realidad del país identificada mediante el Estudio Nacional de Salud de 1.990.

3.7.3 Discapacidad El 2% de la población Urbana presenta algún grado de discapacidad con predominio de la forma Física Parcial sobre las otras causas.(Gráfica No.23).

La Discapacidad Mental se reporta con una prevalencia global de 3 X 1.000 Habitantes., seguida por la Discapacidad Total (invalidez) y la Invidencia con una Tasa de 2 X 1.000 habitantes. En el área urbana la prevalencia de Sordomudez fue la más baja, encontrándose en una tasa de 1 X 1.000Hbts.(Gráfica No.24).

La discapacidad aumenta con la edad, observándose una alta prevalencia en los mayores de 60 años (84 X 1.000 Hbts.).

La discapacidad Física Parcial se observa en todos los grupos etáreos a partir del primer año de vida y tiene relación directa con la edad. La Enfermedad Mental se observa a partir de los 15 años y la prevalencia igualmente aumenta con la edad.

La más alta prevalencia de Invidentes se observa en el grupo de mayores de 60 años (10

X 1.000 Hbts.), obedeciendo a la aparición antes descrita de enfermedades degenerativas del globo ocular.

Se observa una diferencia significativa en cuanto al acceso a la seguridad social del discapacitado en comparación a la población general, (Valor $p=0.001$); evidenciando un menor acceso para este grupo a la misma. Lo anterior es explicable por cuanto, como se discute en el capítulo precedente, la seguridad social en nuestro medio es selectiva, de elite (estratos 3-4-5), y con relación directa a la capacidad laboral, condiciones contrarias a la situación del discapacitado.

El acceso a la educación del discapacitado es también deficiente, evidenciable en la diferencia altamente significativa de asistencia a establecimientos educativos; sólo el 8.1% de los discapacitados urbanos y el 6.9% de los rurales tienen acceso a la educación, en comparación al 31.7% de la población no discapacitada urbana y el 23% de la rural.

El nivel educativo promedio del discapacitado, como consecuencia del anterior análisis, arroja también diferencias altamente significativas con relación al total de la población, el 36,9% de los discapacitados, no tienen ninguna escolaridad y el 45,6% solo ha alcanzado algún grado de estudios elementales.

Al nivel secundario solo acceden con algún grado el 16,1% de los discapacitados contra un 38% de la población sin discapacidad. En el área rural la diferencia es aún más crítica.

Las diferencias en cuanto a la actividad habitual del discapacitado son también altamente significativas ($p<0.001$) con relación a la población sin discapacidad. Hay una menor

proporción de discapacitados trabajando y estudiando y una mayor proporción de discapacitados desempeñando actividades propias del hogar o simplemente sin actividad, con respecto a la población general.

Con relación al estilo de vida, el discapacitado muestra diferencia significativa en la práctica deportiva, evidenciando una mayor proporción de sedentarismo que la población general (valor $p = <0.0001$). El hábito de fumar, el alcoholismo y la obesidad no arrojan diferencias con la población general (valores $p = 0.463$, 0.608 y 0.190 , respectivamente). Los hábitos de consulta del discapacitado tampoco arrojan diferencias con la población general.

En el área rural, se encontró una prevalencia de discapacidad del 3,6%, las mayores diferencias con relación al área urbana se encontraron con relación a las prevalencias ligeramente mas altas según el tipo de discapacidad, hallando una prevalencia de discapacidad mental de 8 X 1.000Hbts. y una prevalencia de sordomudez de 7 X 1.000Hbts.

3.7.4 Natalidad Se registraron en el municipio según datos de la Notaria Única de Villeta, un total de 741 Nacimientos en 1.994; el 51,8% de los cuales corresponden al sexo masculino.

La Tasa Bruta de Natalidad en 1.994 corresponde a 31,4 Nacimientos X 1.000 Hbts., que

comparativamente es muy superior a la Tasa Nacional de 23,1 nacimientos X 1.000 Hbts. Por su parte la Tasa de Fecundidad General fue de 3,61 hijos por cada mujer; La Fecundidad Nacional se estima en 3 hijos por mujer.

La Razón de Fecundidad General del Municipio se manifiesta con una proporción de 580 Niños por cada 1.000 mujeres de edad reproductiva.

El Índice de Fertilidad en Villeta es de 361,7 Niños menores de 5 años por cada 1.000 mujeres de edad reproductiva.

3.7.5 Mortalidad Se registraron en el municipio 143 defunciones en 1.994, el 76,9% de las cuales correspondieron a la población mayor de 60 años. En menores de un año se registraron 4 defunciones para un 2,8% de la mortalidad general. El grupo de 45 - 59 años ocupó el segundo renglón en mortalidad con un 11,88% y el grupo de 15 -44 años aportó un 5,6% a la mortalidad.

La Tasa Bruta de mortalidad en 1.994 corresponde entonces a 6,06 defunciones por cada mil habitantes, ligeramente superior a la Tasa Nacional de 5,9 defunciones por mil habitantes.

El crecimiento vegetativo así calculado para el municipio es del 2,53% (crecimiento nacional 2,1%).

Desafortunadamente la observación de la mortalidad infantil se ha dificultado por la deficiente calidad en los registros de defunción; diferentes autores han estudiado la Tasa

de mortalidad infantil utilizando métodos demográficos indirectos, el cálculo directo de la mortalidad infantil en Villeta arroja una cifra de 5,4 muertes en menores de un año por cada mil nacidos vivos, situación que en nada es consecuente con la realidad nacional. La causa probable del subregistro, es la remisión por los servicios de salud a la capital para manejo especializado de los casos complicados de este grupo etéreo, lo que origina que el registro consecuente ante el eventual fallecimiento, se pierda de nuestros registros notariales.

La asociación de la mortalidad con la edad, refleja cambios en la susceptibilidad a las enfermedades y la exposición acumulada durante la vida a factores de riesgo. La mortalidad en los niños es causada principalmente por problemas infecciosos, siendo la I.R.A, la primera causa.

En el grupo de 15 - 44 años lo es el Trauma y en la tercera edad las enfermedades crónicas cardiovasculares, que reflejan la exposición acumulada durante la vida a Factores de Riesgo determinados por el Estilo de Vida, de los individuos (Dieta, Tabaquismo, Alcoholismo y Sedentarismo).

3.7.6 Morbilidad por estrato socio económico El análisis de los datos de morbilidad y mortalidad ha permitido la identificación de daños o grupos de daños por causas específicas, responsables de las tasas más altas de incidencia, prevalencia y mortalidad y su relación con la edad, sexo y lugar de residencia.

Sin embargo a la fecha "son pocos los estudios que han intentado identificar la magnitud de los problemas de salud de grupos humanos específicos caracterizados según sus condiciones sociales o económicas" (OPS - OMS Seminario sobre usos y perspectiva de la epidemiología, informe final Buenos Aires 1.993).

Los 150 pacientes seleccionados generaron al servicio de consulta externa del Hospital un total de 362 consultas durante 1.994, para una media de 2,41 consultas por persona; el rango de consultas observado fue de 1 a 15 actividades año.

El 63% de los pacientes generaron más de 7 consultas en el año lo cual establece un Índice Control de "consultadores crónicos" en el Hospital.

Los motivos de consulta que generaron "cronicidad" más frecuente, fueron El Embarazo Normal y Las enfermedades crónicas, lo cual evidencia la poca remisión a sus correspondientes programas delegados.

El 73,3% de la demanda fue generada por el sexo femenino. No hubo diferencia significativa con relación al mes en que se generó la consulta.

En un 34% de las consultas no se encontraron registros de la casilla correspondiente al diagnóstico nuevo, lo cual dificulta los análisis de incidencia sobre la muestra seleccionada; para efectos de este estudio se asume como "No", la ausencia de este registro.

Es de imperiosa necesidad, reafirmar la importancia del registro cuidadoso de las planillas del subsistema de información sanitaria en los servicios de salud estatales, para el análisis consecuente de la realidad epidemiológica municipal.

La procedencia fue Urbana en un 85,9% de la consulta externa. La mayor proporción de consultas, fue generada por personas dedicadas a los oficios de hogar; las personas laboralmente activas, fueron las que generaron el menor Índice de "cronicidad".

El primer motivo de demanda independientemente del estrato socioeconómico, estuvo ocupado por la consulta para la determinación del estado de salud y la vida reproductiva (28,3% del total); las enfermedades genitourinarias fueron la primera causa de morbilidad para el grupo (13,6% de la demanda), seguido por las enfermedades infecciosas y parasitarias (11,1%), las enfermedades respiratorias (10,8%) y las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (10%).

El promedio de consulta por personas año tiende a disminuir con el estrato observado un promedio de 3,1 consultas persona-año en el estrato 2 y de 1,8 consultas persona-año en estrato 5 (valor $p = <0.04812$).

Se encuentran diferencias significativas (valor $p = <0.0001$) En la agrupación de la morbilidad por sistemas discriminada por estrato. Los estratos 1, 2 y 3 tienen mayor tendencia a la consulta por enfermedades infecciosas y parasitarias, patologías genitourinarias, y problemas respiratorios y osteomusculares que los estratos 4 y 5; la

consulta para la determinación del estado de salud, a pesar de observarse en todos los grupos, tiene una mayor frecuencia en el estrato 2.

Los estratos 4 y 5 tienen una mayor tendencia a consultar por enfermedades del aparato circulatorio, trastornos endocrinos y enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

El trauma se observa fundamentalmente en los estratos 3 y 4 (vínculo laboral), las enfermedades del aparato digestivo y los trastornos de la piel, no mostraron inclinación especial hacia ninguno de los grupos.

Con relación a patologías "marcadoras" de mayor frecuencia, se observaron diferencias significativas (valor $p < 0.0001$) en la demanda al Hospital según el estrato. El dolor lumbar y los trastornos del dorso, presentaron una mayor frecuencia como motivo de demanda en los estratos 1 y 2; al igual que los trastornos de la menstruación.

La I.R.A. tuvo una mayor prevalencia en los estratos 1, 2 y 3 a pesar de observarse en todos los grupos.

La consulta por embarazo normal se inclinó notoriamente hacia los estratos 1, 2 y 3. Los estratos 4 y 5 contribuyeron solo con el 15,6% de la demanda por este motivo; lo anterior podría atribuirse al mayor acceso de estos estratos a otros servicios de salud para el control prenatal.

El trauma y los trastornos digestivos funcionales se observaron con mayor prevalencia en los estratos 3 y 4.

La hipertensión arterial fue motivo principal de demanda de los estratos 4 y 5.

No se observó diferencia significativa en cuanto a la demanda por parasitismo intestinal y paciente sano, siendo muy similar la prevalencia en todos los estratos socioeconómicos.

La E.D.A. "marcador" por excelencia no mostró diferencia significativa en la distribución por estratos de este estudio, en razón tal vez a la conformación por grupos de edad de la muestra, considerando esta patología como característica del menor de 5 años.

La frecuencia de pacientes "consultadores crónicos" también mostró comportamiento diferencial respecto al estrato.

En el estrato 1, el 10% de los pacientes consultaron más de 7 veces en el año, cifra que se incremento en el estrato 2 hasta un 16,6% y luego disminuyo progresivamente, cayendo al 3,3% en estratos 3 y 4. En el estrato 5 no se observó ningún paciente que consultaran más de 7 veces en el año, para un Índice de "cronicidad" de 0.

Con relación al sexo, el paciente consultador "crónico" por excelencia fue la mujer con una proporción de 8:1.

Del análisis de consultador "crónico" deducimos adicionalmente que el 6,3% de los pacientes generaron el 23,2% de la demanda asistencial. Es importante resaltar la necesidad de los programas de delegación médica y la revisión detenida de los motivos de cronificación en la consulta hospitalaria.

4 RECOMENDACIONES

La producción de un plan concreto para cada localidad se basa en un diagnóstico comunitario, apoyado en la participación de los estamentos gubernamentales y no gubernamentales .

El establecimiento de un comité intersectorial municipal que lidere la toma de decisiones en el gobierno de la ciudad es de primordial importancia, para la coordinación de grupos de trabajo multidisciplinario que ejecuten el plan de salud y asesoren sobre los aspectos y políticas, mediante la producción de declaraciones sobre impacto en la salud. Se debe explorar las formas en que la salud pueda ser establecida en la ciudad e invitar a un amplio debate público sobre la creación de una ciudad sana.

4.1 ENTORNO FISICO Y SOCIAL

Villeta debe tomar políticas ambientales acordes a los resultados del presente estudio que son sentidos por la comunidad y deben ser prioritarios para procurar una vida sana a la totalidad de sus habitantes.

Entendiendo contaminación como cualquier factor que altere el bienestar de la población, el estudio arroja algunos factores como se enumeran a continuación.

4.1.1 Factor ruido. Es uno de los factores que altera el medio ambiente y en mayor porcentaje a la población residente en los siguientes barrios; Puerto Leticia, La Lorena, Alto de las Iguanas y El Centro, además en las veredas El Chorillo y La Masata; debido a su cercanía con carreteras, avenidas y/o lugares de aglomeración como plazas publicas etc.

Como una de las condiciones necesarias para crear municipios sanos es evitar cualquier tipo de factor que altere el bienestar de la población, es recomendable tratar de realizar un estudio para mejorar el ruido. Una alternativa podría ser la reorganizado del tránsito

vehicular dentro de la ciudad como en las vías de acceso a ella. Dentro de las normas ambientales también se podría implementar el control por parte de las autoridades municipales al nivel de decibeles en sitios como la plaza de mercado, discotecas, estación de ferrocarril etc. Sería también conveniente agilizar el anillo vial con el fin de evitar el flujo vehicular intermunicipal .

4.1.2 Factor malos olores. Son afectados en el municipio por este factor los siguientes barrios; El Jardín, Buenos Aires, Sixto López, Barranquillita, La Lorena, Fernando Salazar, San Juanito, San Antonio, Puerto Leticia, La Elisa y la vereda el Puente.

El mal uso de las aguas de quebradas aledañas a algunos de estos barrios en particular Puerto Leticia, son el resultado de la desembocadura del alcantarillado municipal en esta zona, sin el manejo sanitario apropiado. La cercanía del matadero a zonas residenciales, también son causa de alteraciones del medio ambiente y por lo tanto malestar entre los habitantes. Se recomienda un estudio para la reubicación del matadero municipal y se reafirma la necesidad de soluciones inmediatas al problema de alcantarillado mediante la adecuación de filtros de proceso de los desechos.

4.1.3 Factor polvo. Este factor altera los siguientes barrios; Obrero, Moldavia, Betania, La Elisa, Puerto Leticia, San Antonio, Fernando Salazar, Bello Horizonte, San Rafael, Topacio y la vereda Bagazal por estar cerca a vías sin pavimentación con alto flujo

vehicular, se identifica en este estudio el barrio Topacio, por haberse realizado la encuesta previamente a la pavimentación del mismo, se presume que esta acción de la administración municipal, minimizó el factor contaminante de la vivienda en este área. Es prioritario entonces, continuar los procesos de pavimentación de estas vías a fin de mejorar las condiciones de vida de esta población.

4.1.4 Factor inseguridad. Tomándose inseguridad como la amenaza sentida del encestado de ser robado o atacado en proximidad a la residencia. De acuerdo a la encuesta municipal podemos concluir que el municipio de Villeta tiene niveles de seguridad relativamente altos, solamente el 20.3% de las Viviendas urbanas de Villeta refieren tener problemas con la seguridad. Entre estos encontramos los barrios San Jorge, el Jardín y Barranquillita, La Lorena, San Juanito y la vereda La Masata. Es importante realizar acciones educativas de solidaridad y denuncia de hechos delictivos, involucrar a las autoridades de policía para cubrir y educar estas zonas.

4.1.5 Factor humo. En el municipio de Villeta el factor contaminante-humo es de un 9.7% . siendo un factor poco significativo para el municipio. Se identifican como afectados por este problema los barrios Barranquillita, Carlos Ileras, El Recreo, Puerto

Leticia y Betania y las veredas de Bagazal y el Puente. Es recomendable realizar campañas educativas para disminuir las quemas de material vegetal para limpieza como también de basuras al igual que otra forma de preparación de alimentos diferente al fogón de leña.

4.1.6 Factor difícil acceso. Indica la facilidad o dificultad de llegar a la residencia o lugar de trabajo por las vías actuales. El porcentaje muy bajo, siendo de un 7.4% en toda la población urbana, destacándose el difícil acceso en el Mirador con un 28.6% y en la Lorena con un 21.4% . También se afectan el Acemito y San Juanito. En el area rural encontramos las veredas San Isidro, La Esmeralda y el Balzal. Los programas de readecuación de vías son la mejor opción de solución para estos sectores.

4.1.7 Población. Se puede observar que existe un leve incremento porcentual mayor de mujeres que de hombres; el mayor número de habitantes tanto en el sector rural como urbano se encuentra en el grupo de edad entre 15 y 44 años que constituyen el 46.4% de los habitantes en su totalidad. Solo hay un 6% más de mujeres que de hombres.

Potencialmente se ve un crecimiento en el grupo de edad de 5 a 14 años, se recomienda desarrollar los talleres incluidos en el P.A.B para educar y mejorar la calidad de vida en los niños en servicios de salud, educación y programas de recreación educativa para proyectarlos a el mayor aprovechamiento en el período de vida productiva, a fin de

modificar los estilos de vida de la próxima generación de Colombianos. Por otro lado es importante crear programas de integración con personas de la tercera edad y del grupo anterior para ser personas útiles y productivas en la comunidad.

4.1.8 Vivienda. Se aprecia un déficit en calidad y unidades físicas de vivienda principalmente en aquellos sectores donde existe hacinamiento en los estratos más bajos. Es necesario incrementar dentro de los programas de políticas económicas del municipio unidades de vivienda hacia los sectores mencionados. Se puede aprovechar en esto la aplicación de las nuevas políticas de gobierno en el sentido de la participación comunitaria para crear planes de autoconstrucción y autogestión de usuarios con el aprovechamiento de servicios públicos ya existentes, se recomienda mayor control de la calidad del agua potable. Además se debe generar un cambio de actitud con respecto al cuidado y mantenimiento de las viviendas a través de los años, consiguiendo así con esta política, la valorización de su bien inmueble a lo largo de los años.

Se recomienda hacer también un mayor manejo de las basuras realizar un procesamiento adecuado de estas y crear microempresas con las personas de estratos 1 y 2 del SISBEN que se encuentren sin trabajo para realizar el reciclamiento adecuado y productivo para el municipio como también una educación en la población para la clasificación de la basura y evitar arrojar basuras en cualquier sitio de la ciudad.

4.1.9 Educación. Tanto en el area urbana como en el area rural la mayor parte de infraestructura educativa la coloca el sector oficial. En el area rural no se ve presencia del sector privado. Una de las recomendaciones que se hace es crear más institutos tecnológicos en el area agrícola y urbana con el fin de preparar técnicos agrícolas calificados para el aprovechamiento de los recursos naturales en el area rural y técnicos en turismo para desarrollar adecuadamente este campo que tiene un gran futuro a nivel local, municipal y nacional. También es recomendable crear institutos para la población que por falta de capacidad económica no puede desplazarse y terminar de educarse en la capital. Se debe recordar que existe la Ley General de Educación que nos da instrumentos para realizar dicho cambio en el municipio. Además es recomendable tener proyectos educativos a la comunidad en general en actividades relacionadas con el turismo, ya que esta actividad esta llamada a ser hoy por hoy una de las áreas generadoras de grandes ingresos económicos en el mundo; este aspecto debe estar acorde con las disposiciones de la nueva Ley de Turismo en Colombia.

4.1.10 Actividad Económica. La mayor parte de la población económicamente activa en el área urbana está dedicada en las labores del comercio y del turismo. En la población rural existe más del 80% de la población económicamente activa dividida en pequeños minifundios donde la panela es el principal producto agrícola y de acuerdo a informaciones de la oficina de planeación del municipio se vende en este sector

anualmente más de \$1.000.000.000. El fortalecimiento de estas microempresas rurales y el fomento de la industria el área urbana deben ser objetivos prioritarios del mejoramiento económico para el municipio por medio de la tecnificación y calificación adecuada de todas las personas que intervienen en el proceso de producción y mercadeo de este elemento. La atracción del turismo como medio generador de ingresos puede lograrse a través de la difusión de sus atractivos naturales y de la concientización comunitaria de la atención al cliente con estrategias de Calidad Total.

4.1.11 Condiciones Socioeconómicas. De acuerdo al censo poblacional del SISBEN y a la encuesta paralela, más del 60% de la población se encuentra clasificada en estratos I, II y III ó sea aquellas familias con un índice de pobreza significativos. Se recomienda entre otras cosas, lo siguiente:

Educar a la población hacia actividades propias de la región como son la explotación de la industria panelera, el turismo y un adecuado comercio. Además es importante contar con corporaciones que brinden recursos a bajos costos para que la mayor parte de la población se integren al gremio productivo. También se debe solicitar por parte de un comité de participación comunitaria con el apoyo de la administración municipal a los propietarios de sitios turísticos, industria panelera, comerciantes etc. aportes para realizar la capacitación de la población.

De todos modos con la ejecución de las nuevas reformas y mediante el proceso de descentralización, se va a incrementar el ingreso real del municipio, con lo que a partir de la elevación de los ingresos corrientes y no corrientes y haciendo un control fiscal y monetario efectivo, mediante políticas de participación y veeduría comunitaria se hará posible el aumento del presupuesto para inversión social.

4.1.12 Turismo. Como es sabido, la nueva Ley de Turismo de Colombia abre un espacio muy importante a los diferentes municipios del país y en especial a Villeta por encontrarse un paso adelante en esta actividad. Por todo esto el equipo del Colegio Odontológico Colombiano ve necesario realizar cambios para el mayor aprovechamiento de este recurso.

Ofrecer a los visitantes una agradable estadía, realizando un estudio serio sobre los recursos con que cuenta el sector y las mejoras necesarias a corto, mediano y largo plazo. Además se deben crear programas educativos para la totalidad de la población generando conciencia turística en el municipio.

Con el fin de disminuir la morbilidad por trauma en épocas de mayor afluencia de turistas se sugiere que las autoridades municipales realicen una campaña masiva de promoción y prevención en cuanto al uso de envases plásticos, control de porte de armas, tener una mejor señalización preventiva y normativa del tránsito tanto peatonal como automotor.

Es importante la reubicación del transporte de taxis del parque para dar mayor espacio peatonal, la creación de parqueaderos para fomentar el respeto del espacio público. La provisión de áreas deportivas al municipio es una necesidad sentida, ya que no existen actualmente áreas para la práctica de la recreación y el deporte. Promocionar campañas de comportamiento y actitud ciudadana para que exista solidaridad, integralidad y civismo para con el municipio. Iniciar un programa de reciclaje y manejo de las basuras. Control del nivel de decibeles de los centros y establecimientos del marco del parque. Construcción de un coliseo para las actividades tanto culturales como deportivas y demás eventos que se realicen en el municipio.

Todas las recomendaciones planteadas en este estudio, son consideradas por el equipo investigador, como sugerencias a desarrollar en mayor profundidad por los responsables de la Gerencia en el Municipio, en actividades de desarrollo municipal y en concertación con la comunidad.

Planeación municipal dentro de sus diferentes programas debe diseñar propuestas de desarrollo orientadas al crecimiento y aprovechamiento de la actividad turística.

4.2 ESTILOS DE VIDA

Se hace prioritario el conocimiento desde temprana edad por parte del individuo de los riesgos para la salud impuestos a si mismo y los cambios de conducta consiguientes necesarios para una adecuada salud. La definición de políticas claras de promoción y prevención y el establecimiento de programas definidos liderados por la Secretaria Municipal de Salud, que motiva la profundización en este campo; entre los riesgos impuestos, podemos citar el alcohol, tabaco, alimentación inadecuada tanto por exceso como por defecto y calidad. La búsqueda de oportunidades de trabajo y condiciones de vida dentro de un marco social adecuado por las autoridades municipales para la comunidad minimizarían el efecto nocivo de los factores de riesgo cardiovascular que se ha venido constituyendo en una problemática sentida de salud en la población.

Se debe fomentar la practica del deporte y programas de salud ocupacional a los diferentes grupos sociales, de acuerdo a actitudes, aptitudes, capacidad, ocupación y condiciones socioeconómicas.

Establecer un programa delegado de vigilancia, promoción y prevención de la presión arterial. Las consecuencias de las enfermedades crónicas existentes, pueden reducirse con un diagnóstico temprano y adecuada rehabilitación.

4.3 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

4.3.1 Propuesta para Plan de Atención Básica PAB. Los servicios que hacen parte de este plan, están orientados primordialmente a desarrollar en la comunidad una cultura saludable y a responder a situaciones individuales y colectivas que demandan acciones complementarias a las previstas en el plan obligatorio de salud POS.

Las acciones se deben focalizar según variables de edad, género, nivel socioeconómico, ocupación y región geográfica entre otras. Todas las instituciones que ofrecen servicios de Salud en el municipio, deben diseñar y poner en marcha políticas y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a como coordinar las acciones de vacunación. De igual forma, todas ellas deben participar activamente en las campañas para la prevención de los accidentes y la reducción de la violencia.

De acuerdo a la morbilidad encontrada en la población de Villeta: TRAUMA, EMBARAZO NORMAL, I.R.A, E.D.A. Y ENFERMEDAD DE TEJIDOS DENTALES DUROS; se recomienda como parte de la atención básica una labor

educativa en forma de talleres según el diseño del Ministerio de Salud relacionados con las patologías enumeradas.

4.3.1.1 Propuesta de promoción y prevención: Se realizarán dos talleres semanales de dos horas cada uno, dando como resultado 104 talleres al año con una intensidad de 208 horas profesional de la salud. Se busca constituirlos en actividad permanente orientados a obtener cambios en las actitudes, conductas y hábitos de la población en general.

Estos talleres van dirigidos a diferentes grupos de edad y a líderes comunitarios, policías, conductores, comerciantes, madres comunitarias, profesores etc, que tengan cierto grado de influencia en la comunidad. Es recomendable que estos grupos sean integrados por 30 participantes lo cual indica una capacitación de 3.120 personas que pueden a su vez multiplicar la información a otros integrantes de la población.

En la siguiente tabla se encuentran relacionados algunos talleres que se pueden programar para cumplir con el P.A.B.

POBLACIÓN	ACCIONES	TALLERES
5-9 AÑOS	taller de prevención de accidentes, quemaduras y problemas de salud oral realizados en zonas escolares o de recreación	10
10-19 AÑOS	<p>Taller de salud integral: prevención de tabaquismo, fármacodependencia y alcoholismo, salud oral, relaciones y comunicación intrafamiliares, afecto, autoestima y autonomía.</p> <p>Taller en recreación y utilización del tiempo libre, prevención de accidentes en el lugar de estudio y el lugar de trabajo.</p> <p>Consejería individual y grupal en sexualidad y planificación familiar.</p>	15

<p>MAYORES DE 20 AÑOS HOMBRES Y MUJERES</p>	<p>"Educación en ciclo vital" autoconocimiento y autocuidado, autoestima, salud reproductiva. Educación sexual y relaciones y roles intrafamiliares, lactancia materna, prevención del alcoholismo, tabaquismo, farmacodependencia, E.T.S, SIDA, hipertensión arterial. Preparación para la andropausia y la menopausia</p>	<p>15</p>
<p>JEFES DE HOGAR O MADRES</p>	<p>Talleres participativos en promoción de los programas de prevención de I.R.A, E.D.A. , suministro y utilización del suero oral, prevención de accidentes, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, alimentación, afecto, estimulación adecuada, salud oral.</p>	<p>32</p>

<p>FAMILIA Y LIDERES DE LA COMUNIDAD</p>	<p>Desarrollo comunitario, motivación y educación para la participación. Detección y control de factores de riesgo familiares y comunitarios. Relaciones intrafamiliares, violencia y maltrato. Actitudes y prácticas en salud. Higiene de la vivienda, manejo de alimentos, animales domésticos, vectores, ambiente intradomiciliario, calidad del agua, disposición de excretas, disposición de basuras.</p> <p>Taller de desarrollo comunitario: Planeación, gestión, control.</p> <p>Taller de capacitación en gestión de servicios básicos de salud.</p> <p>Taller interdisciplinario para concertar programas de recreación, programación de eventos especiales, turismo y deporte.</p>	<p>32</p>
<p>TOTAL</p>		<p>104</p>

La ejecución del Plan Básico debe ser desarrollado con participación de toda la comunidad, un grupo interdisciplinario de la administración municipal, las instituciones de salud etc.

4.3.1.2 Inmunizaciones: Según estadísticas del Hospital durante los meses de Junio, Julio, Agosto y septiembre de 1.995 se aplicaron 2005 dosis de vacunas sin especificar tipo ni edad del niño.

Según datos de la Notaria única de Villeta en 1.994 se registraron 741 nacimientos, con base en esta cifra se traza el siguiente plan de inmunizaciones:

TIPO DE VACUNA	NUMERO DE DOSIS
POLIO	3 Y 1 REFUERZO
DPT	3 Y 1 REFUERZO
BCG	1
SARAMPIÓN	1
MMR	1
HEPATITIS	1
TOTAL	12

Teniendo en cuenta que la mortalidad para menores de un año en Villeta es del 2.8% se programa a continuación la vacunación para 721 niños nacidos vivos; se calculan cinco minutos por dosis para lo cual se necesita: día/auxiliar de enfermería así: DPT 30 días, POLIO 30 días, BCG 7.5 días, SARAMPIÓN 7.5 días, MMR 7.5 días, HEPATITIS 7.5 días para un total de 90 días, equivalentes a 720 horas/auxiliar de enfermería; con un costo de \$2.978 pesos por 8.652 dosis se necesitan \$25.765.656 pesos.

Como no se encuentra un registro exacto de los niños menores de 5 años vacunados se toma el 50% de estos equivalente a 1.725 niños y se programan dos dosis (HEPATITIS 1 y SARAMPION 1) para ellos, lo que da un total de 36 días auxiliar de enfermería; siendo el costo \$2.978 pesos por 3.450 dosis se necesitan \$10.274.100 pesos; para un gasto total en inmunizaciones de \$36.039.756 de pesos suponiendo que no existan campañas masivas de vacunación, porque siendo así se disminuirían los costos en gran proporción.

4.3.2 Propuesta para Plan Obligatorio de Salud POS. El plan permite la protección integral de la población afiliada por capitación a cualquier E.P.S incluyendo consulta externa, atención de urgencias, hospitalización, odontología básica, medicamentos esenciales, promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías presentadas en el estudio. Con base en los requerimientos del P.O.S. y la población aproximada de 23.000 habitantes se pueden calcular las necesidades hora/profesional y recursos físicos para el cubrimiento del plan.

4.3.2.1 Consulta General. Para una población de 23.000 habitantes con un promedio de dos consultas por año, y con una concentración de tres consultas por hora se necesitarían 8 médicos de 2.000 horas año.

El valor por consulta médica se calcula en \$3.400 pesos, lo que representaría un costo por año de \$138.000.000 de pesos.

4.3.2.2 Hospitalización. Considerando que el 10% de la consulta externa(4.600) necesite hospitalización con un promedio de 5 días y con un porcentaje ocupacional del 70% se necesitarían 82 camas. En este caso Villeta necesitaría 22 camas adicionales para poder cubrir este servicio. Los pacientes hospitalizados deben ser vistos por el Médico 20 minutos todos los días, lo que totalizaría 7.666 horas/Médico.

El costo de hospitalización de \$179.000 tomado de las tarifas del Instituto del seguro social, da un valor total de \$823.400.000 de pesos.

4.3.2.3 Obstetricia. Con base en los 741 nacimientos registrados en la Notaria única de Villeta, considerando que de estos partos el 80% sean normales y el 20% por cesárea y con un porcentaje ocupacional del 70% se necesitan en Villeta 3.1 camas exclusivamente para atención de partos; para legrados normalmente se considera un número igual de camas dando un total de 6.28 camas para obstetricia.

Por cada parto normal se necesita 1 hora/médico para un total de 592 horas/médico y para parto por cesárea (148) se necesitan 2 horas/médico para un total de 296 horas/médico.

Tomando como costo para parto normal la tarifa del seguro social de \$226.000 pesos da un total de \$133.792.000 pesos y para cesárea un costo de \$434.000 pesos para un total de \$64.232.000 pesos.

4.3.2.4 Cirugía. Con una asignación de 20 camas para cirugía se podrían realizar cuatro diarias y en este momento se tiene un promedio de 1.4 por día. Por cada cirugía se necesitan 2 horas médico especialista/día para un total de 2000 horas/médico especialista año. Para la población de Villeta el promedio de cirugías es de 1.286 al año, teniendo en cuenta la tarifa del seguro social de \$300.000 pesos, el costo total será de \$385.800.000 pesos.

4.3.2.5 Laboratorio clínico. Teniendo como referencia que el 70% de las consultas necesiten pruebas de laboratorio con un costo promedio de \$1.918 pesos se tiene un costo total de \$61.759.600 pesos.

4.3.2.6 Odontología. Para poder cubrir el total de la población con un promedio de tres consultas al año por habitante se necesitarían 69.000 horas, y con una concentración de tres consultas por hora se necesitarían 23.000 horas/ odontólogo correspondiente a 12 odontólogos 2.000 horas año.

Los costos en odontología para el cubrimiento total de la población en las 69.000 consultas con un costo por consulta de \$3.400 pesos daría un total de \$234.600.000 pesos.

4.3.2.7 Medicamentos según estadísticas a nivel nacional información del I.S.S, el 85% de la consulta general requiere formula lo que nos arroja para la población de Villeta 39.100 formulas que con un promedio de \$3.500 pesos para un total de \$136.850.000 pesos.

4.3.2.8 Exámenes de Rx considerando que el 60% de las consultas ameritan exámenes diagnosticos de rayos x se tendrían que realizar 27.600 exámenes con un costo unitario de \$15.712 pesos para un total de \$433.651.200 pesos.

4.3.3 Plan Obligatorio de salud subsidiado POSS. Como lo ha previsto la ley los beneficiarios del régimen subsidiado son los grupos de población más pobre y dentro de estos tienen particular primacía los grupos más vulnerables. En el municipio encontramos que las personas sin ningún tipo de seguridad social en las zonas rural y urbana son el 65% de la población y se estima que aproximadamente 15.000 habitantes son de estratos subsidiables (SISBEN 1 Y 2).

El plan incluye servicios de salud preventiva en promoción y educación y protección específica de las enfermedades frecuentes ya conocidas; también servicios de salud curativa mediante atención médica, de enfermería y odontología iguales a los del POS.

En Villeta se ha dado un paso adelante y existe el Comité de participación comunitaria que con capacitación puede informar a la comunidad de los resultados obtenidos en este estudio en cuanto a el diagnóstico de salud comunitario (morbilidad, mortalidad), los factores de riesgo para la salud de la población y el desarrollo de los planes propuestos.

En las acciones del POSS se debe involucrar a la familia en el desarrollo de los planes, estimular la asistencia a los talleres propuestos en el plan de atención básica; hacer que los servicios de salud orienten sus acciones a educación en salud, promoción y prevención de la enfermedad y a la recuperación de la salud, creando y capacitando a los profesionales en un espíritu de pertenencia y servicio. Contar también con acciones complementarias que incluyen los servicios de laboratorio básico, ecografía, rayos X, complementación nutricional y suministro de medicamentos esenciales.

Actualmente la unidad de pago por capitación para el régimen subsidiado tiene un valor de \$75.000 pesos, para cubrir los 15.000 habitantes que se encuentran en este renglón, se necesitarían \$1.125.000.000 millones de pesos para el desarrollo del POSS; actualmente

el municipio cuenta con \$270.419.880 millones de pesos de presupuesto para salud el cual se vería incrementado con el aporte de la Nación en \$630.979.720 millones de pesos para un total de \$901.399.600 millones de pesos se lograría la cobertura de 12.018 beneficiarios del plan en el año de 1.996. (Gráfico No. 25)

4.3.4 Empresa Solidaria de Salud de Villeta Se sugiere la creación de la Empresa Solidaria de Salud que puede contratar con el Hospital Salazar, la EPS Seguro Social e I.P.S. particulares. Las acciones deben ser de tipo Extramural que deben cumplir con: elaboración de historia clínico familiar, visita domiciliaria, actividades en escuelas, colegios, hogares comunitarios y otros, capacitación y educación en salud e Intramural como son consulta médica, consulta odontológica y tratamiento, controles de enfermería y cumplir con la programación de talleres del P.A.B.

Para la propuesta se recomienda que el municipio de Villeta llegue a un acuerdo con los municipios de influencia que demandan servicios de salud del 10% según lo observado en las estadísticas del Hospital Salazar y la cual se podría incrementar con promoción y venta de servicios. Para cumplir con los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud para la conformación, subsistencia y número de afiliados por año en una Empresa Solidaria de Salud los cuales son: en el primer año 10.000 afiliados, en el segundo año 20.000 afiliados y en el tercero 30.000 afiliados, Villeta debe tener en cuenta estas cifras y dar el primer

paso para que los municipios vecinos afilien a sus habitantes con NIB a la Empresa Solidaria convirtiéndola a en una ESS de la región de Gualiva. En el primer año se deben afiliar los habitantes subsidiables de Villeta y para los siguientes años promover la afiliación de habitantes de otros municipios en acuerdo con las administraciones locales.

Las acciones hospitalarias del Primer Nivel de atención pueden ser contratadas por la Empresa Solidaria de Salud con el Hospital Salazar, el C.A.A del Instituto de Seguro Social, las entidades privadas. La atención del segundo y tercer nivel se presta por el Hospital Salazar de acuerdo con las leyes dispuestas y con cargo al departamento.

Según el perfil epidemiológico del municipio las E.S.S deben acordar con las I.P.S la promoción, prevención y atención de:

Trauma: se debe educar a la población con el desarrollo de los diferentes talleres enumerados en el P.A.B, para evitar el gran número de traumas por violencia, falta de precaución y buscar la colaboración de las diferentes entidades administrativas, comerciales, industriales, educativas para masificar la información sobre prevención de accidentes.

Urgencias: fortalecer los servicios de urgencias del Hospital Salazar, del Instituto de

Seguro Social y capacitar profesionales para asociarse y formar I.P.S competitivas, mejorar la coordinación interinstitucional, informar y cubrir a la población rural.

Embarazo normal: fortalecer el programa materno infantil de las diferentes instituciones de salud, desarrollar los talleres de educación sexual, planificación, comunicación intrafamiliar etc. Educación a la comunidad a través de los medios de comunicación.

Infección respiratoria aguda I.R.A.: Desarrollar actividades educativas, mejorar la vivienda y el saneamiento básico, mejorar el estado nutricional de la población infantil, efectuar campañas para disminuir la contaminación ambiental, tener vacunados a todos los menores de cinco años, fortalecer los programas asistenciales materno infantiles y de control de I.R.A. Para lograrlo se deben desarrollar actividades educativas con la comunidad, fomentar la lactancia materna, coordinar con el bienestar familiar programas de alimentación complementaria, restaurantes comunitarios y vigilancia nutricional. Realizar campañas con participación de la comunidad sobre protección del medio ambiente.

Enfermedad diarreica aguda E.D.A: educar a lideres comunitarios sobre hidratación, dar charlas sobre manejo de basuras y excretas, mejorar el servicio de acueducto, utilización de agua potable establecer atención de rehidratación en centros de salud, puestos de salud del área rural.

Enfermedad Tejidos Dentarios: Fortalecer y desarrollar programas educativos en el total de la población, cumpliendo con los requisitos de calidad que garantiza la modificación de las actitudes y conductas de la población en relación con la salud oral. Elaborar material didáctico para los talleres propuestos. Capacitar a personal que sirva de multiplicador de acciones educativas (profesores, madres comunitarias etc.), el objetivo es obtener que todos los pacientes se motiven y adquieran hábitos de higiene oral y que los manejen como medidas preventivas de manera sistemática y repetitiva. En el grupo de 0-14 realizar educación sanitaria, mejorar el estado nutricional, higiene alimentaria. Desarrollar y promover programas de protección específica como son fluoración tópica o sistémica. Determinar el índice de caries en la población de 5-14 años para realizar tratamientos oportunos. Para cubrir la falta de profesionales se pueden programar visitas periódicas de estudiantes de Facultades de Odontología de Santafè de Bogotá mediante convenios de Docencia-asistencial y así proporcionar salud oral a la población.

Observar Anexos cuadro No.8 donde se encuentra el personal necesario y costos para el desarrollo de los planes propuestos.

En todo momento las propuestas hechas en este capítulo dependen de un grupo interdisciplinario y con gran participación de la comunidad, que debe tomar la bandera para iniciar la mejora de todos los factores de riesgo.

Para el lograr la implantación de los planes propuestos se recomienda :

-Fortalecer la Dirección Local de Salud para que sirva de eje central del proceso de descentralización y aprovechamiento de los recursos disponibles para salud a Nivel Local, Departamental y Nacional.

-Crear la Empresa Solidaria de Salud para poder afiliarse a la franja de personas con NBI, administrando los recursos destinados por la ley para este fin mediante contratación para la atención en salud, promoción y prevención con el Hospital Salazar con el ISS e IPS particulares. Además iniciar el proceso de integración de otros municipios para cumplir con el mínimo de afiliados (30.000) al tercer año de creada la E.S.S.

-Todas las instituciones que prestan servicios de salud deben tener objetivos comunes para lograr la cobertura deseada. Cada profesional debe tomar parte activa en el proceso de transformación para el bien de la comunidad.

-Los planes propuestos deben desarrollarse a corto plazo para poder realizar evaluaciones oportunas, con un proceso de retroalimentación para continuar con ellos o crear nuevas estrategias que encausen al éxito del plan.

-El Hospital Salazar debe acelerar su transformación en Empresa Social del Estado para responder a todos los cambios propuestos por la ley.

-Fortalecer los centros y puestos de salud, como centros satélites atendidos por auxiliares de enfermería con presencia continua de médicos y odontólogos, incentivándolos de acuerdo a la ley.

-Informar a las personas del derecho a la Seguridad Social ya que existe un porcentaje representativo que se encuentra empleado y no está afiliado a ninguna EPS.

4.4 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

Se hace importante para el municipio la implementación de programas para la tercera edad en el presente y proyectados con mayor intensidad hacia el futuro ya que teniendo en cuenta la pirámide poblacional indica que el grupo tiende a ser numeroso. Además agilizar programas de atención en salud para este grupo étnico y fundamentalmente orientados a la prevención de accidentes.

Se debe orientar una política de intervención del trauma en la municipalidad; la acción conjunta de las autoridades municipales y la comunidad, a través del comité municipal de participación comunitaria, permitir la implementación de programas de prevención de accidentes, mediante acciones de capacitación masiva y de intervención directa, objetivizable mediante campañas de desarme a la población civil bajo la coordinación de las fuerzas policivas y militares de la región.

La intervención a las festividades públicas, permitirá igualmente disminuir el volumen de trauma en los perfiles municipales, al observarse que durante estos días se dispara la consulta hospitalaria por este motivo en el servicio de urgencias. La reorganización del Hospital, para el cubrimiento oportuno y capacitado de las emergencias ocurridas en estos días, el control de la seguridad pública y el consumo de alcohol por la población menor de edad, son medidas razonables de minimización del trauma en estas festividades.

Se debe igualmente establecer programas incrementales de salud oral, tendiente a la ampliación de la cobertura y la disminución de la morbilidad por esta causa. La movilización de los equipos de trabajo actualmente adscritos al municipio, deben tener como uno de los objetivos principales.

La adecuada implementación de programas delegados en particular en el Centro de

Atención Ambulatoria de la EPS seguro social, en las áreas de Hipertensión Arterial, Crecimiento y Desarrollo, Diabetes Mellitus, Control Prenatal, Parasitismo Intestinal y Salud Ocupacional, permitirán un uso más adecuado del recurso médico existente y una modificación del perfil de demanda de servicios.

Fomentar la atención al discapacitado y facilitar su acceso a la educación. La priorización del discapacitado como receptor de programas de subsidios debe ser la norma; esto tanto para la población residente como para los turistas, teniendo en cuenta el Manual de Normas Internacionales para Discapacitados de la Cruz Roja.

En razón a la alta tasa de natalidad en el municipio, los servicios de salud, coordinados por la Secretaria Municipal de Salud, deben fortalecer los programas de planificación familiar con la asesoría de entidades del orden nacional.

Es conveniente intervenir al "Paciente Consultador Crónico", motivando al médico tratante al análisis de las causas de "cronicidad" y a la remisión oportuna a los programas de salud ocupacional.

Las dificultades para el procesamiento de la información y la elaboración de los perfiles sanitarios del municipio, obedece al deficiente manejo de los registros asistenciales del

Sistema de Información por los responsables de su diligenciamiento. La reinducción del personal responsable, con énfasis en la importancia epidemiológica de cada una de las casillas de los registros, permitirá una corrección al problema detectado. Se debe institucionalizar este proceso, en el ánimo de mantener el nivel adecuado de los registros, en particular al arribo de nuevo personal (Rurales, Internos, etc.).

El municipio de Villeta, debe fomentar la unificación del sistema de Información Epidemiológica, en el ánimo del máximo aprovechamiento de los registros. Lo anterior a todos los profesionales con ejercicio en el área de influencia.

Fortalecimiento de la Atención primaria, para que una mala utilización de esta, no grabe la atención secundaria y sobre todo la terciaria, con los excesivos gastos que supone. Cambios en la práctica de la atención sanitaria, orientada a las necesidades de la familia y la comunidad, con mayor humanización de la medicina y la atención de los problemas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Sigeist H. Hitos en la historia de la Salud Pública. Tercera edición. Siglo XXI editores. 1987. pp 27

2 Ibid. pp 66

3 Calero R. Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad. Virchow

4 Foucault M. Historia de la Medicalización. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Vol.II, No.1. 1977. pp 18

5 Ibid. pp 18

6 Ashton J. Las Ciudades Sanas, una iniciativa de la nueva sanidad. Organización Mundial de la Salud

7 Ibid. pp 12

8 Ibid. pp 13

9 O.M.S Formulación de Estrategias con fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000.Principios Básicos y Cuestiones Esenciales. pp 62

10 Lalonde M. "A new Perspective in Health. Canadá. 1974

11 Pombo M. Constitución Política de Colombia. Tomo IV.Edición Biblioteca Banco Popular. Bogotá, 1986, pp 216.

12 Ibid. Acto Legislativo, No 1 de 1936, art 16 en Ibid. Tomo IV pp 34

13 Sanchez R. El Estado y la Administración Pública. Ed. ESAP, 1985 pp 81:131

14 Ministerio de Salud,D.N.P. La Salud en Colombia Estudio Sectorial de Salud. Ed.Minsalud D.N.P. Bogotá 1990 . pp 24:38.

15 Ministerio de Salud . OP. Cit pp 46

16 Ibid. pp 55

17 Vivas J. y otros. El Sistema Nacional de Salud. Ed. Fedesarrollo y Organización

Panamericana de la Salud. Santafe de Bogotá 1988. pp 17

18 Decreto 056 de 1975 art.1

19 Pacheco O. Informe al Instituto de Seguro Social Plan de Promoción y Prevención. Villeta. 1995

20 Pacheco O. La Salud en el Banquillo. Periodico Ayer y Hoy. Villeta. 1994

- American Heart Association: Coronary Risk Hand Book. American Heart Association, New York,1973

- Assar M. Un Proyecto para el desarrollo de los servicios de salud, por el pueblo.O.M.S. 001/7

- Calero R. Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad. Cap 6. Definición y Propiedades de los Factores de riesgo. pp 69:85. Ed.Interamericana 1989.

- DANE Censo de Población y Vivienda 1993.

- Daniel W. Bioestadística : Base para el Análisis de las Ciencias de la Salud. Ed.1993

- Galewski De una Comunidad frente a la enfermedad, Departamento de Medicina Social, Univalle, 1973

- Ley 60 del 93 Ed.1994

- Ley 10 del 90 y decretos reglamentarios. Ed.1994

- Ley 100 del 93 Ed.1994
- Manual de Normas Internacionales para Discapacitados. Cruz Roja
- Mills A. Descentralización de los Sistemas de Salud. O.M.S 0153 pp162.
- Ministerio de Salud Pública, ASCOFAME, Investigación Nacional de Morbilidad. Evidencia Clínica. Bogotá 1976
- Ministerio de Salud Pública. I.N.S. ASCOFAME, La Mortalidad en Colombia. Vol II Edad, Sexo y Causas, Bogotá Oct.1982
- Ministerio de Salud y O.P.S. Municipios Saludables. Manual Criterios de Reconocimientos y Niveles.1991.
- O.M.S. La Salud de los Jóvenes. XI 1995.0222 pp 120
- O.M.S. La Crisis de la Salud en las Ciudades. 0215 pp88
- O.M.S. Principios para el desarrollo de modelos en programas de cuidado de la salud.0205 pp41
- Oakley P. Intervención de la Comunidad en el desarrollo Sanitario. O.M.S 0148
- O.M.S. Reglamento Sanitario Internacional O.M.S. pp91.
- O.M.S Planeación de las Finanzas en el Sector Salud : Manual de Paises en Desarrollo, pp137
- O.M.S La Satisfacción de las Necesidades de Salud en Tanzania.O.M.S. 001/9
- O.M.S. IT 769 Aprender juntos a trabajar juntos por la salud. Informe sobre Educación multiprofesional del personal en salud. pp82
- O.M.S. IT 802 La función de la investigación y los sistemas de información en la adopción de desiciones relativas al desarrollo de los recursos humanos para la salud. pp57.

- O.M.S. IT 809 La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud.

- O.M.S. IT 819 El Hospital en distritos rurales y urbanos. pp76

- O.M.S. SP 49 Relaciones entre los programas de salud y el desarrollo social y económico. pp60

- O.M.S. SP 64 Economía Aplicada a Sanidad. pp53.

- O.M.S. SP 77 Sistemas Nacionales de Salud y su Reorientación hacia la Salud para todos: Pautas para una política. pp134

- O.M.S. SP 78 Aplicaciones sobre la Investigación sobre Sistemas de Salud. pp64

- O.M.S. SP 80 Flahau D. Líderes de Atención Primaria de Salud: Categorías, funciones y requisitos según doce estudios de casos prácticos. pp75

- O.M.S. Serie Salud para Todos :
 - ST 1 Atención Primaria en Salud pp91
 - ST 2 Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000, principios básicos y cuestiones esenciales pp62
 - ST 3 Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000
 - ST 4 Preparación de Indicadores para vigilar los procesos realizados en el logro de salud para todos en el año 2000. pp98
 - ST 5 Proceso de Gestión para el desarrollo nacional de la salud: Normas fundamentales para su empleo. pp66.
 - ST 6 Evaluación de los programas de salud: Normas fundamentales para su aplicación en procesos de gestión para el desarrollo nacional de la salud. pp49
 - ST 7 Plan de Acción para aplicar la estrategia mundial de la salud para todos. pp57

- OMS IT 336 Los Métodos de muestreo en encuestas sobre morbilidad y en las investigaciones sobre salud pública. pp35

- OMS IT 432 Investigación en Educación Sanitaria.

- OMS IT 499 Organización de las Administraciones locales e Intermedias de Sanidad.pp27
- OMS IT 510 Principios estadísticos aplicables a los estudios prácticos de salud pública.pp35
- Querubin M. Monografía de Villeta 1984.
- Rojas A. Monografía de Villeta 1963.
- Sigerist H. Civilización y Enfermedad. Cap.I-III-V Traducción Ramón Aguirre. Biblioteca de la Salud. Mexico, octubre,1987
- Strasser T. Coronary Risk Factores revisited Point of View World Health . pp85:88,1982
- Temes J. El Coste por proceso Hospitalario. Ed.Interamericana 1994
- Viveros M. Las Concepciones Profanas de la enfermedad en el caso de la Comunidad de Vileta.Cuadernos de AgroIndustria y Economía Rural No18. 1987
- World Health Organization. Arterial Hypertension. Technical Report Series 628. Geneva,1978

ANEXO A
GRAFICOS

GRAFICO 1

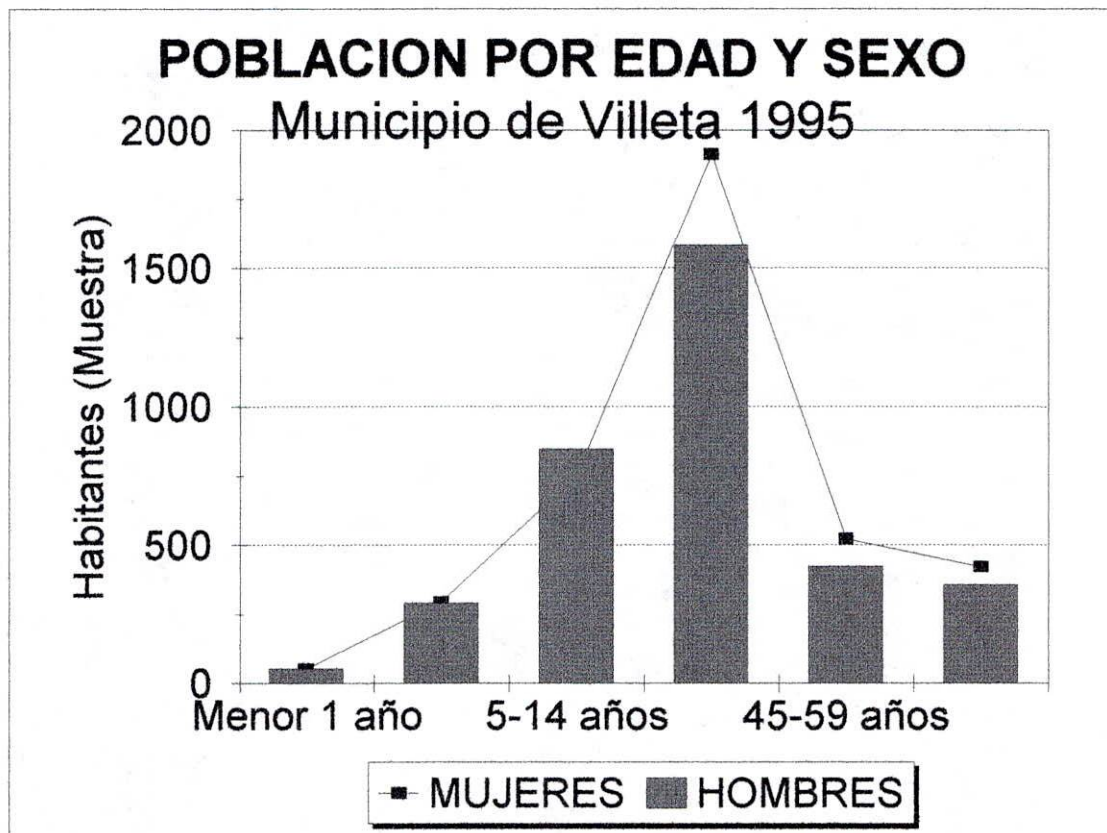


GRAFICO 2

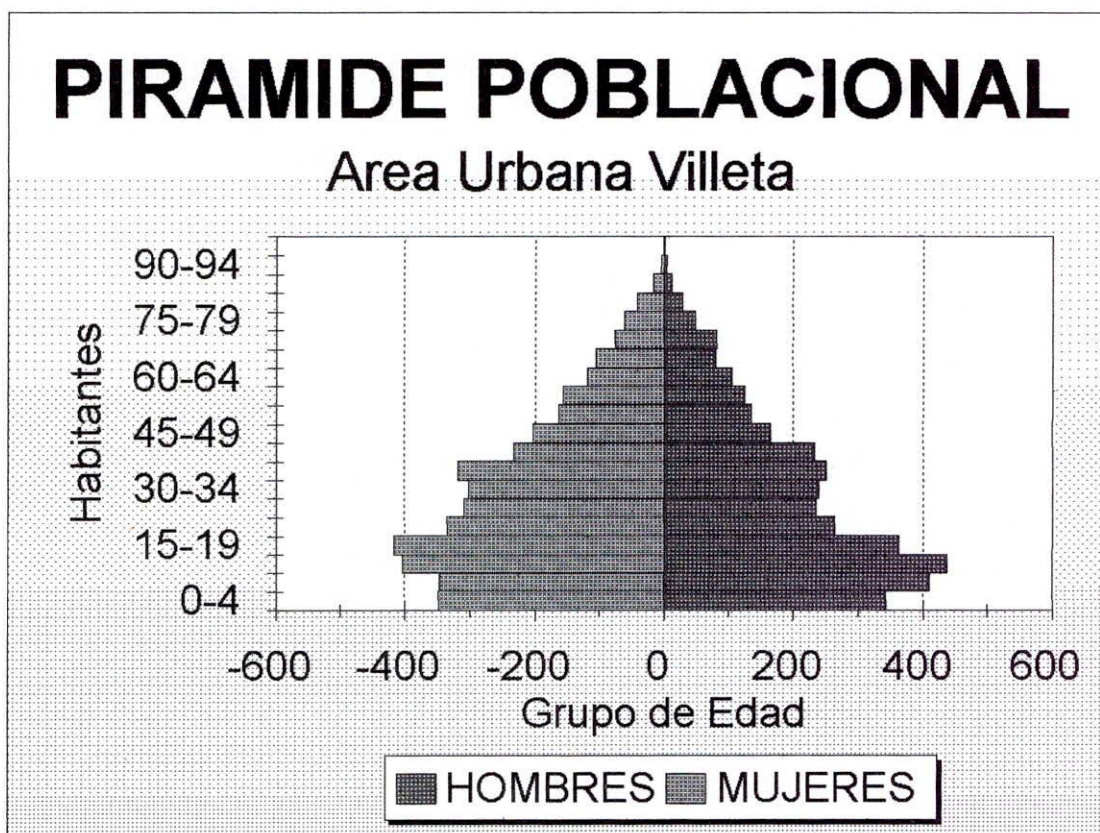


GRAFICO 3

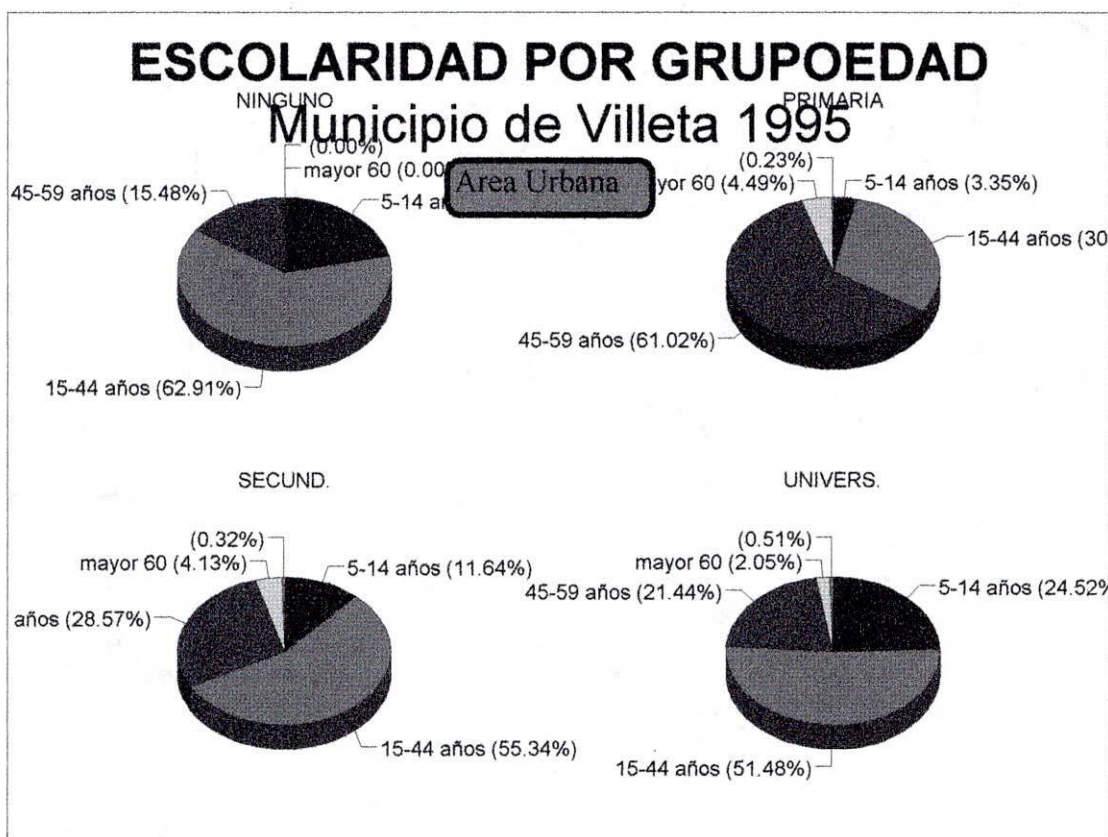


GRAFICO 4

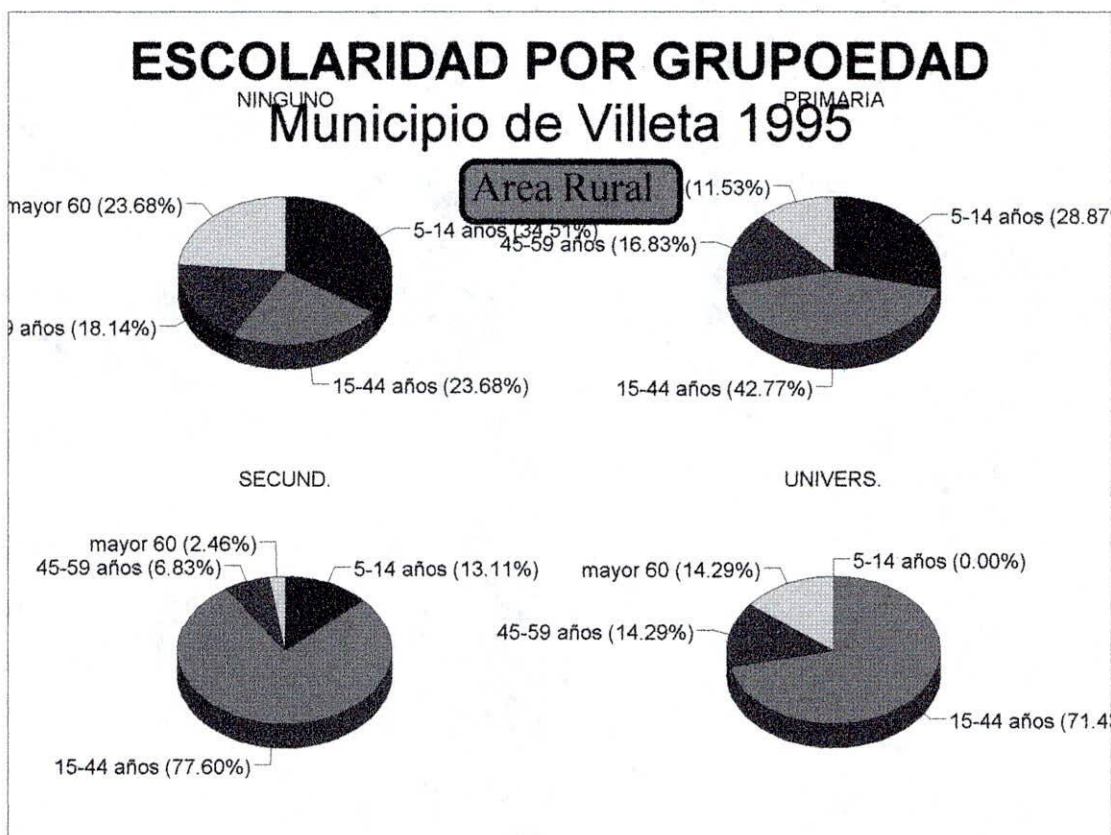


GRAFICO 5

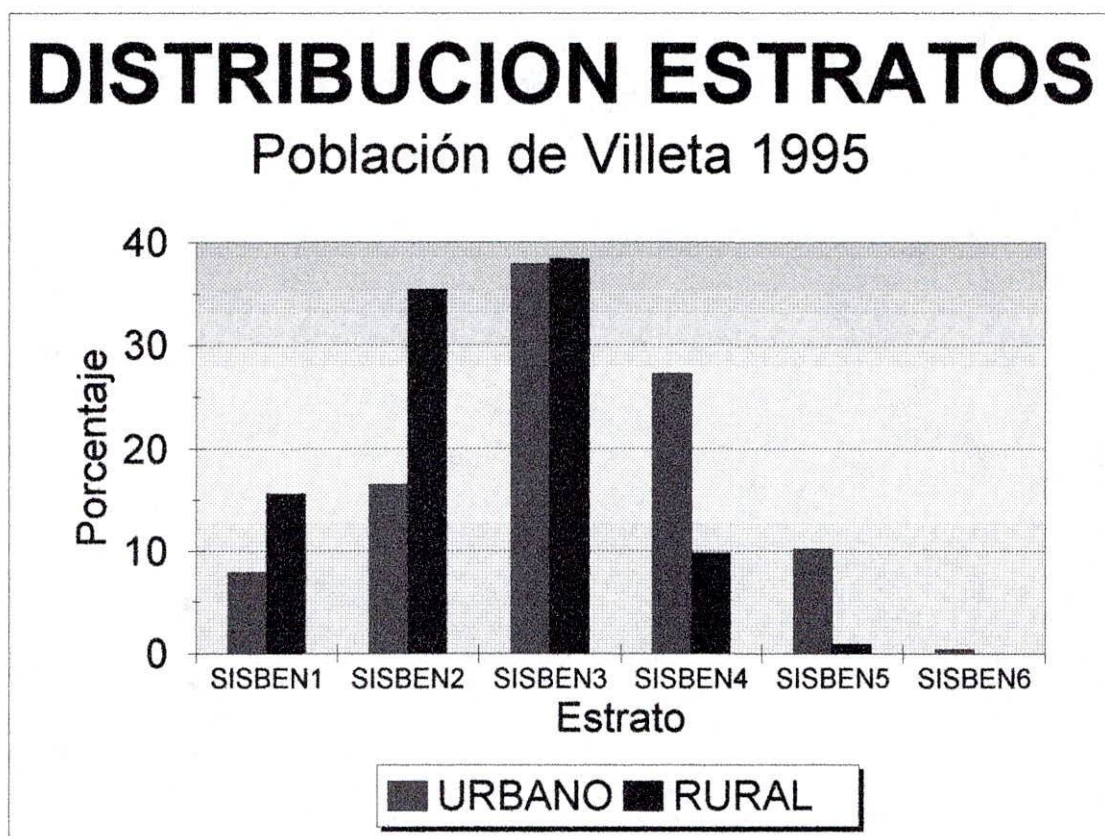


GRAFICO 6

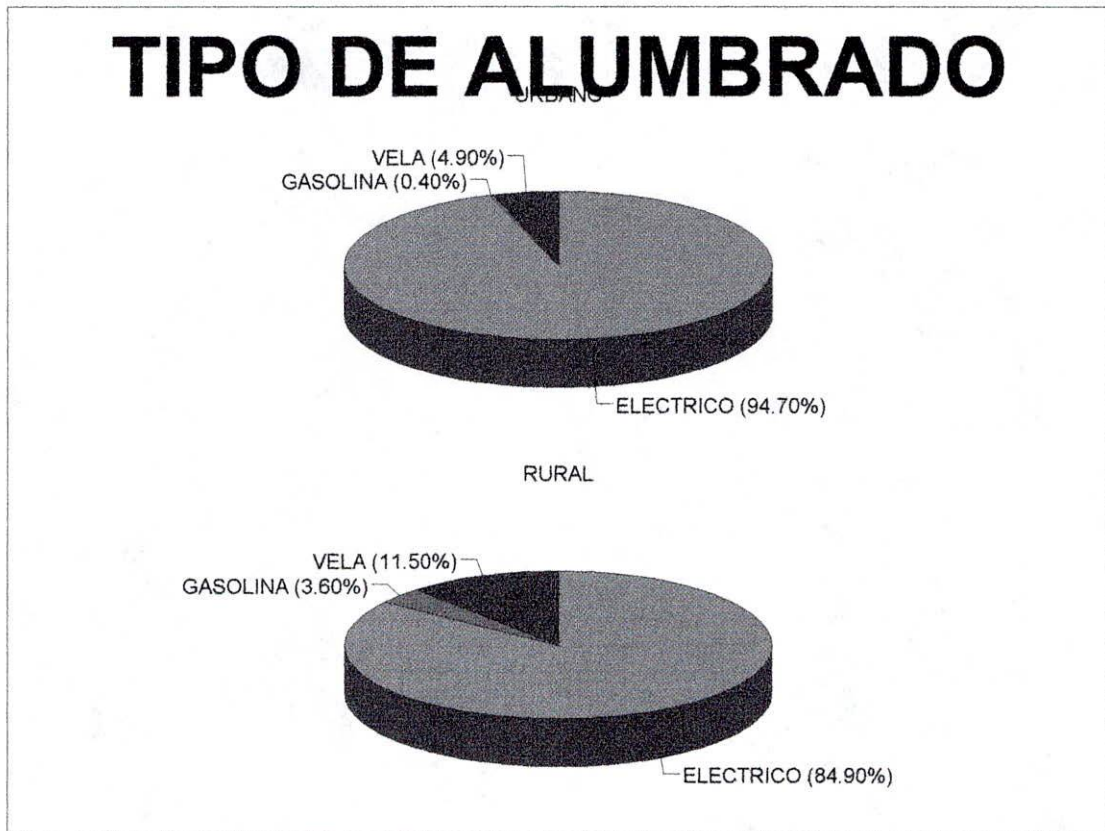


GRAFICO 7

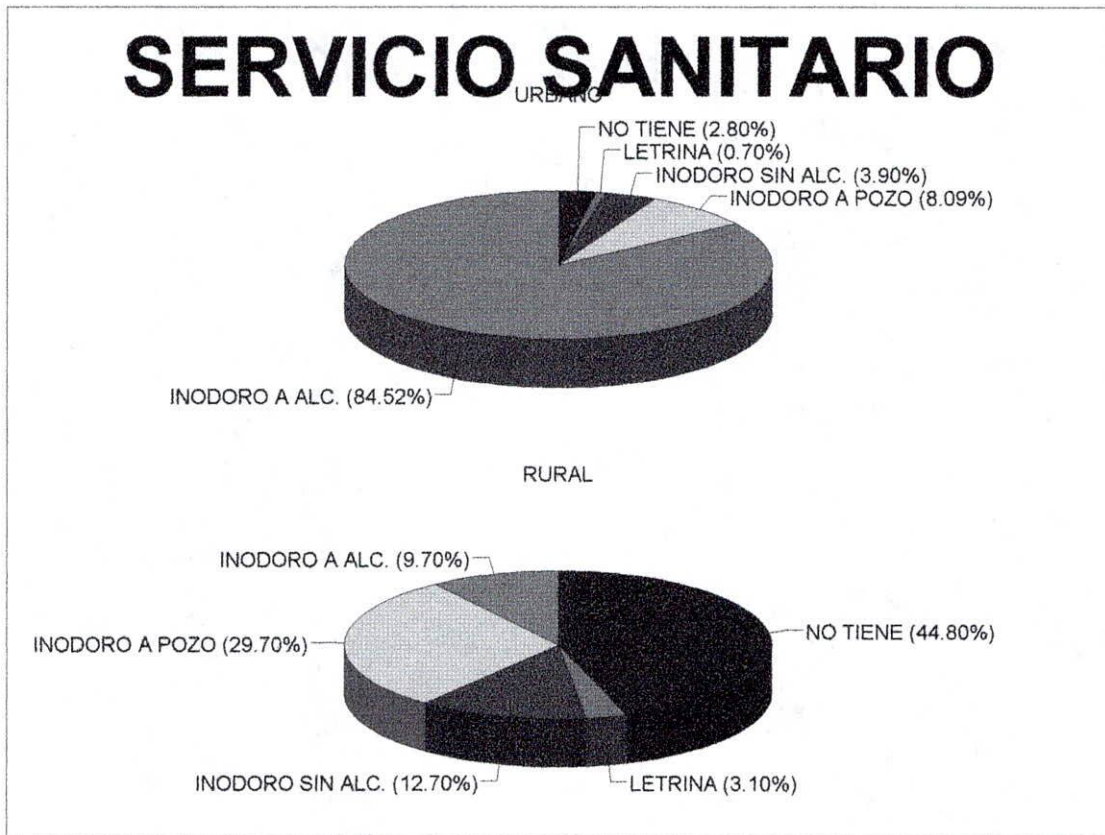


GRAFICO 8

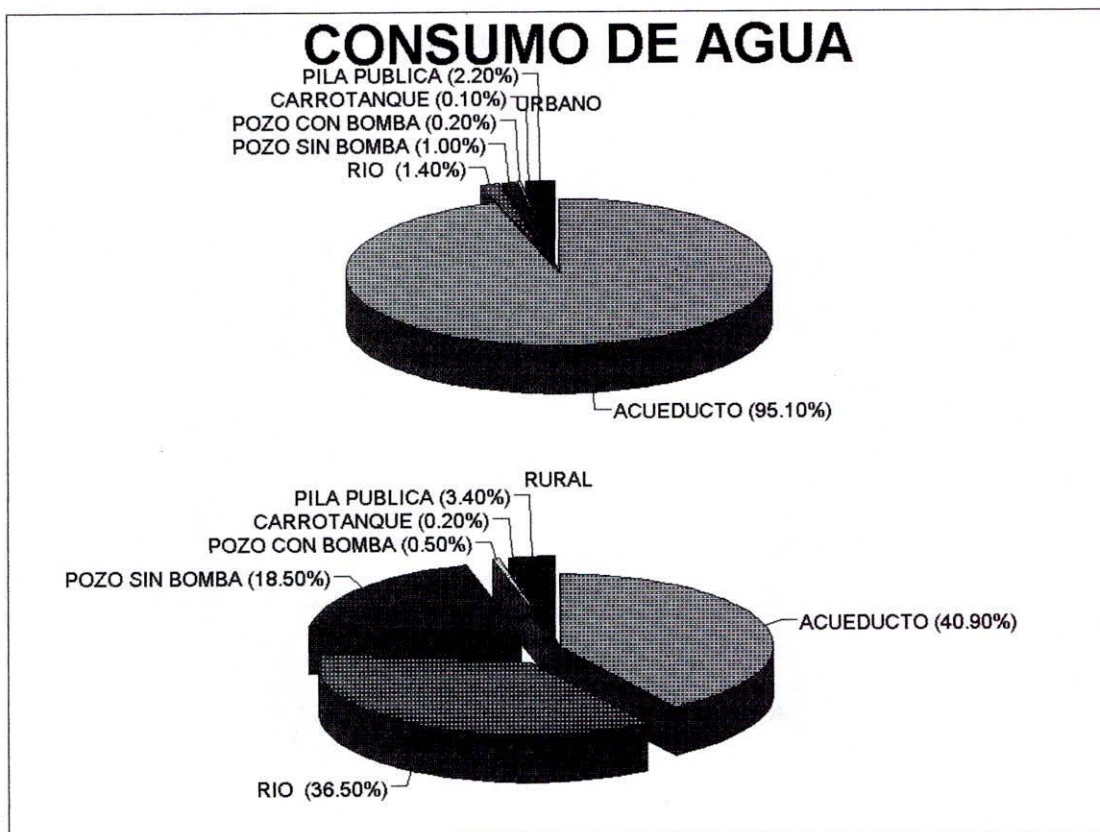


GRAFICO 9

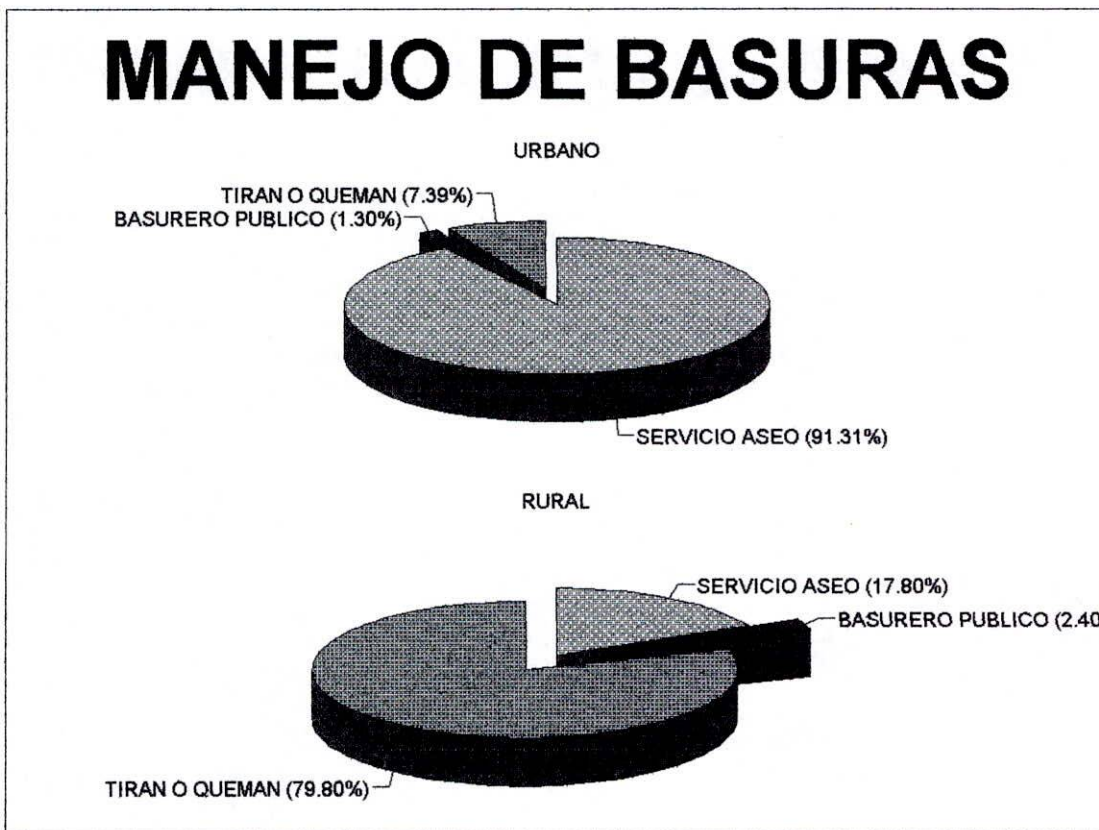


GRAFICO 10

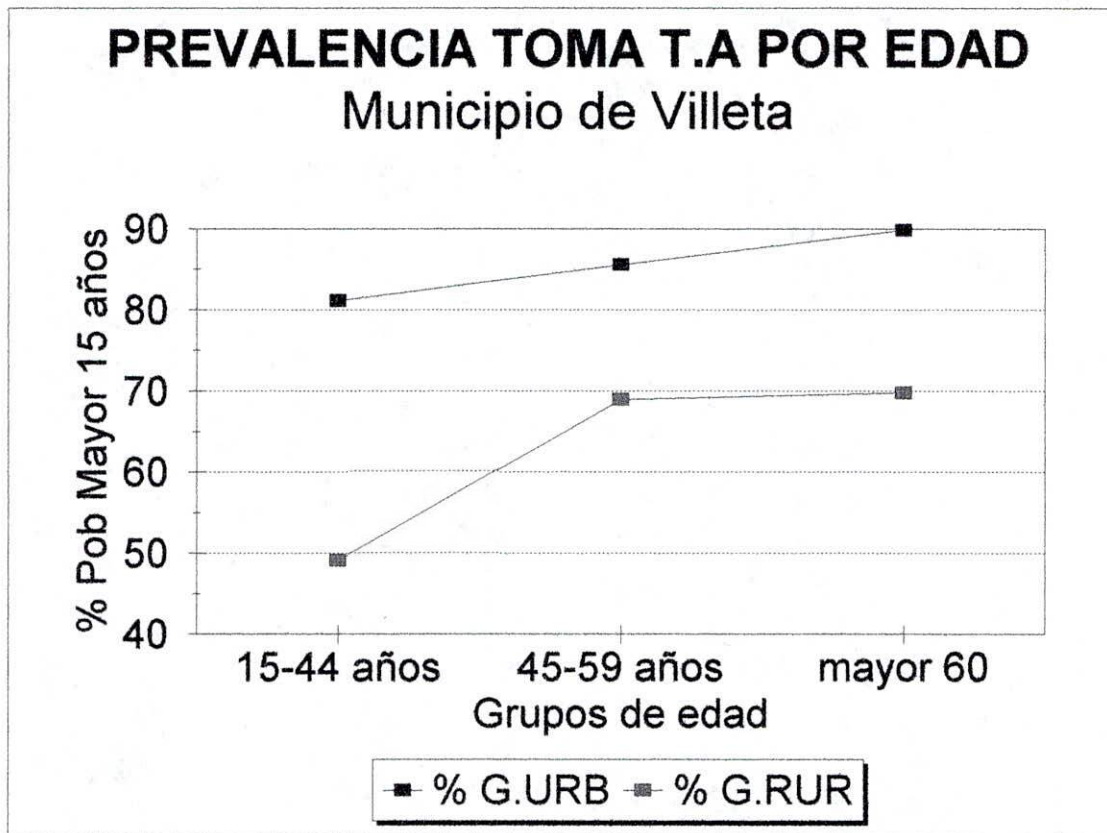


GRAFICO 11

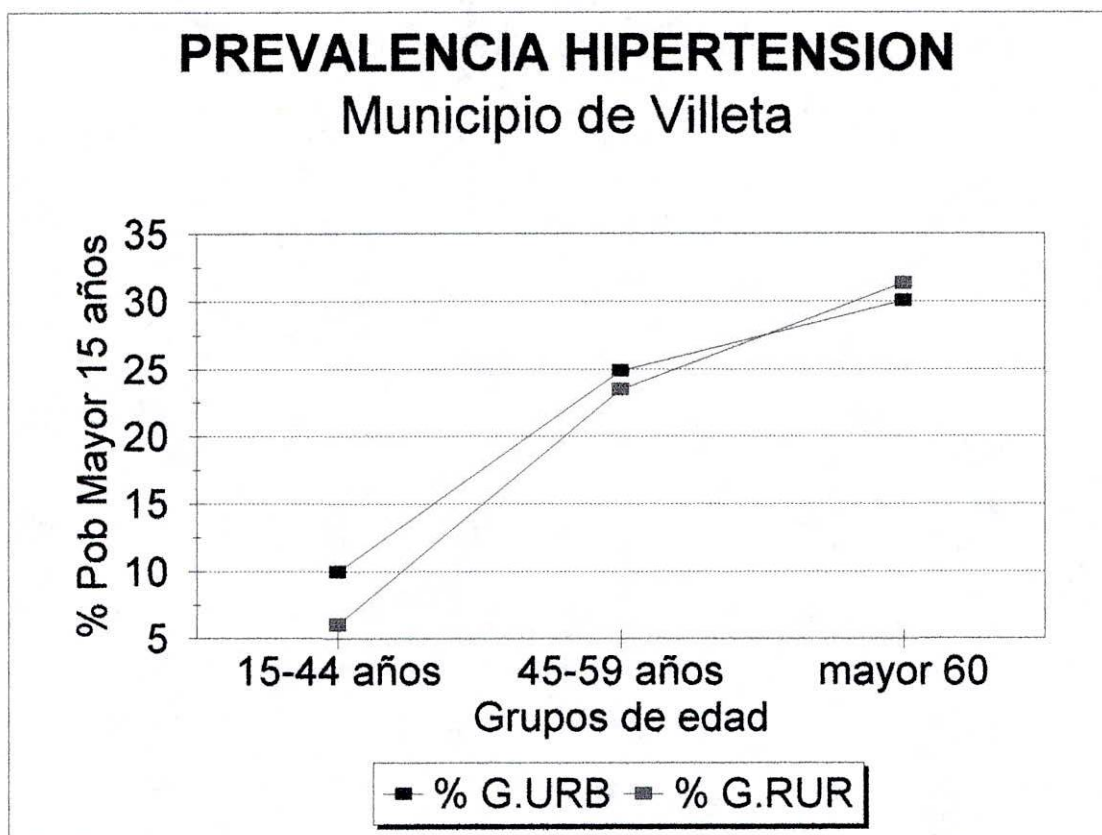


GRAFICO 12

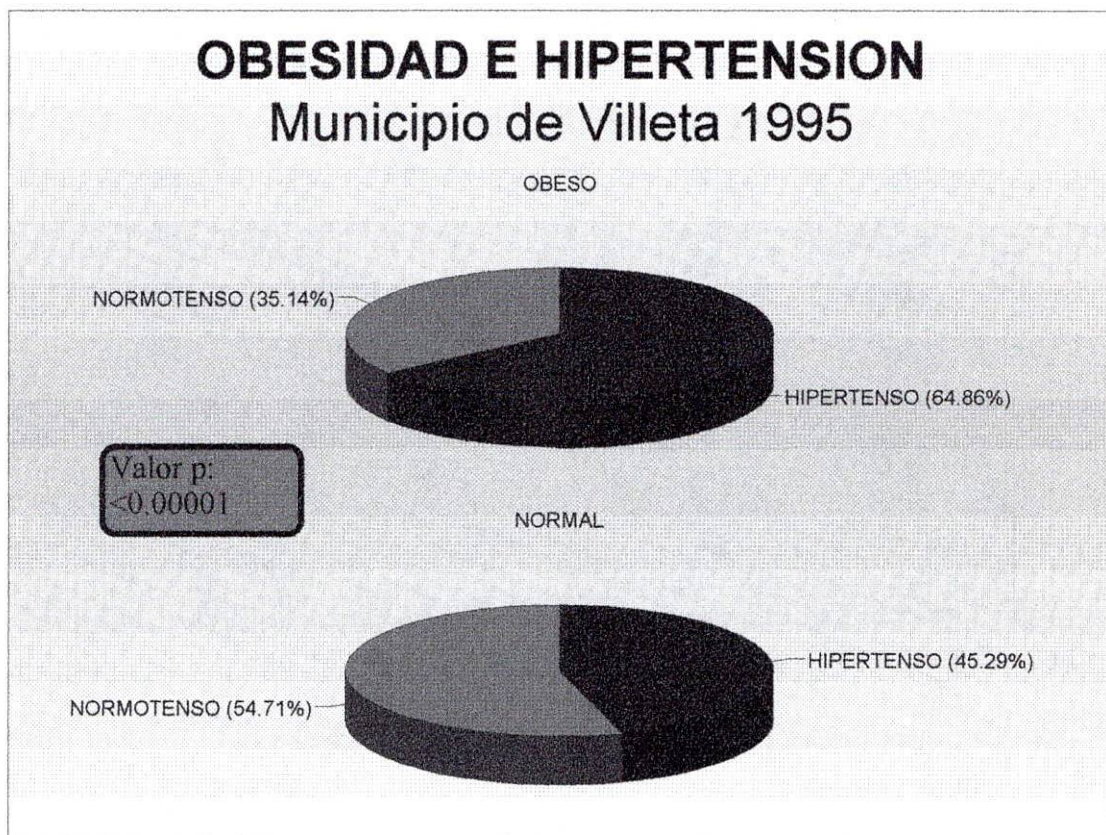


GRAFICO 13

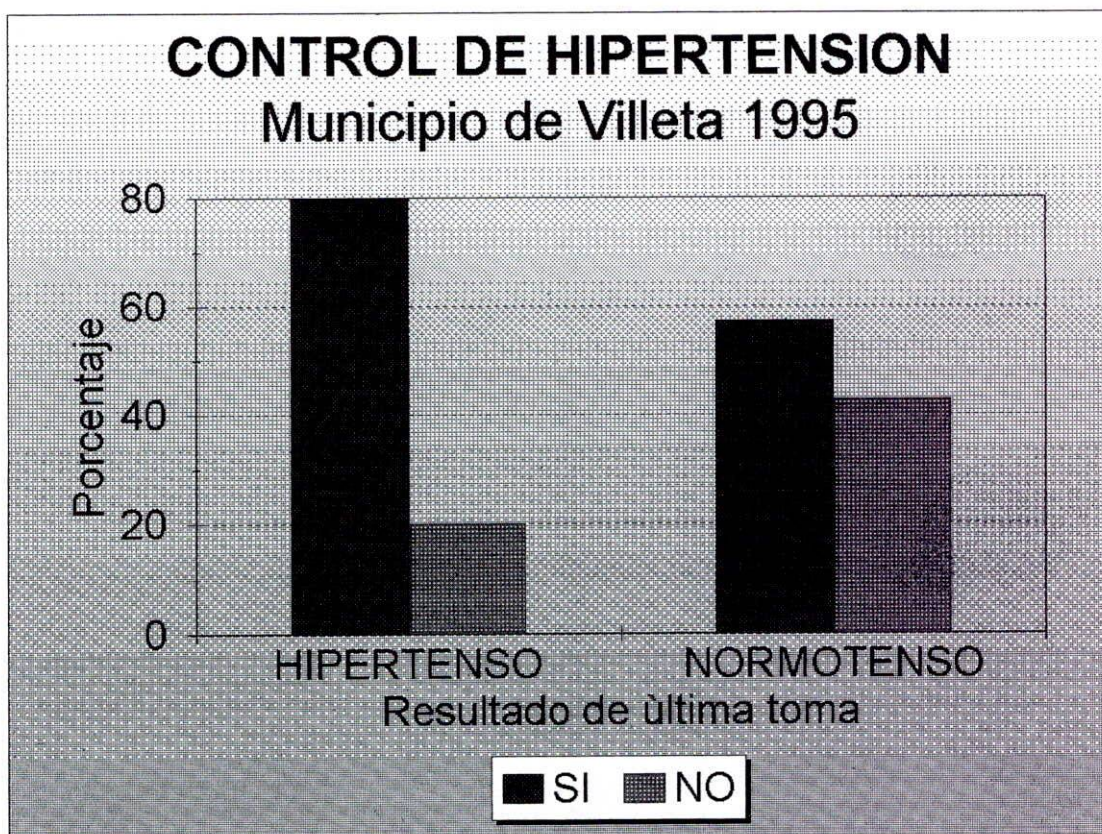


GRAFICO 14

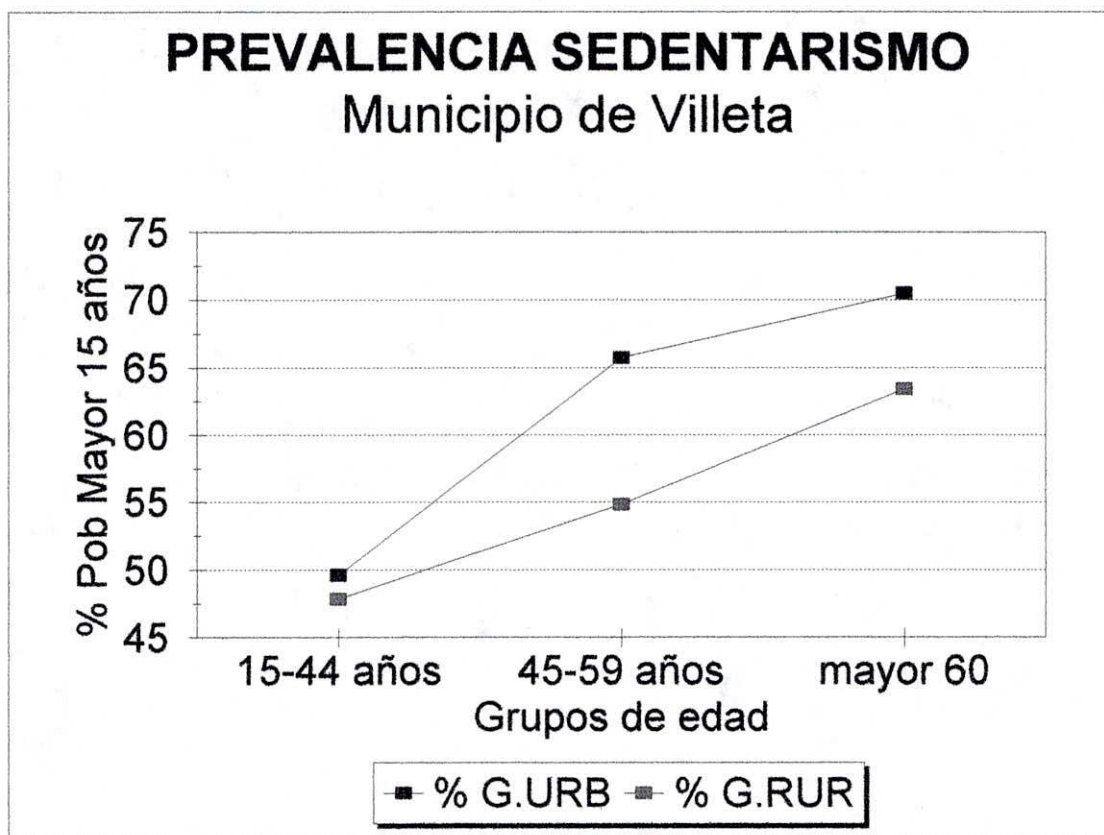


GRAFICO 15

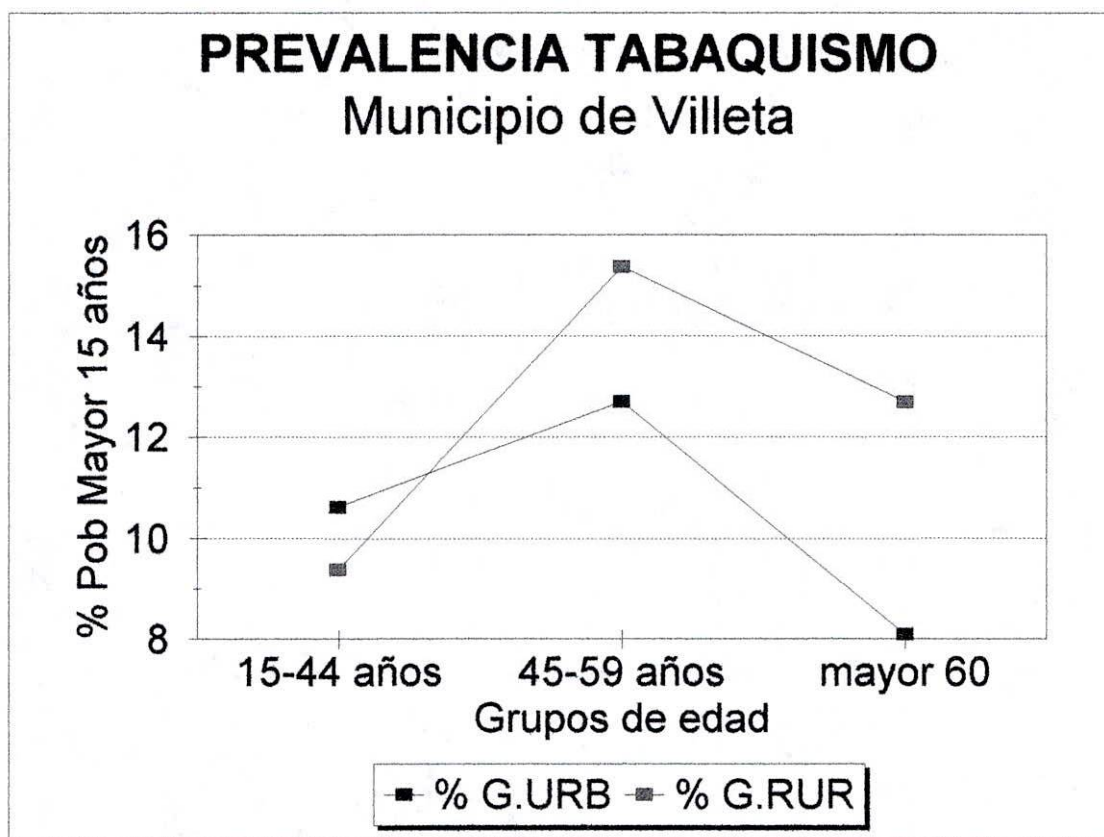


GRAFICO 16

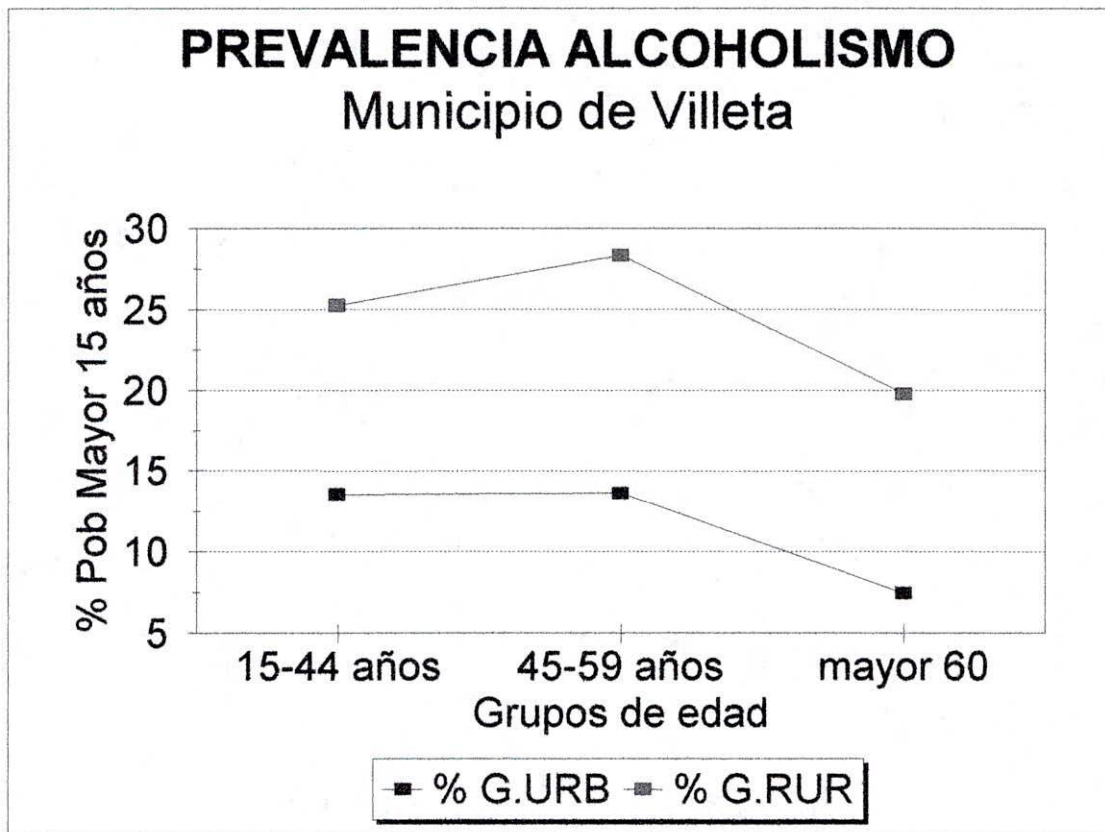


GRAFICO 17

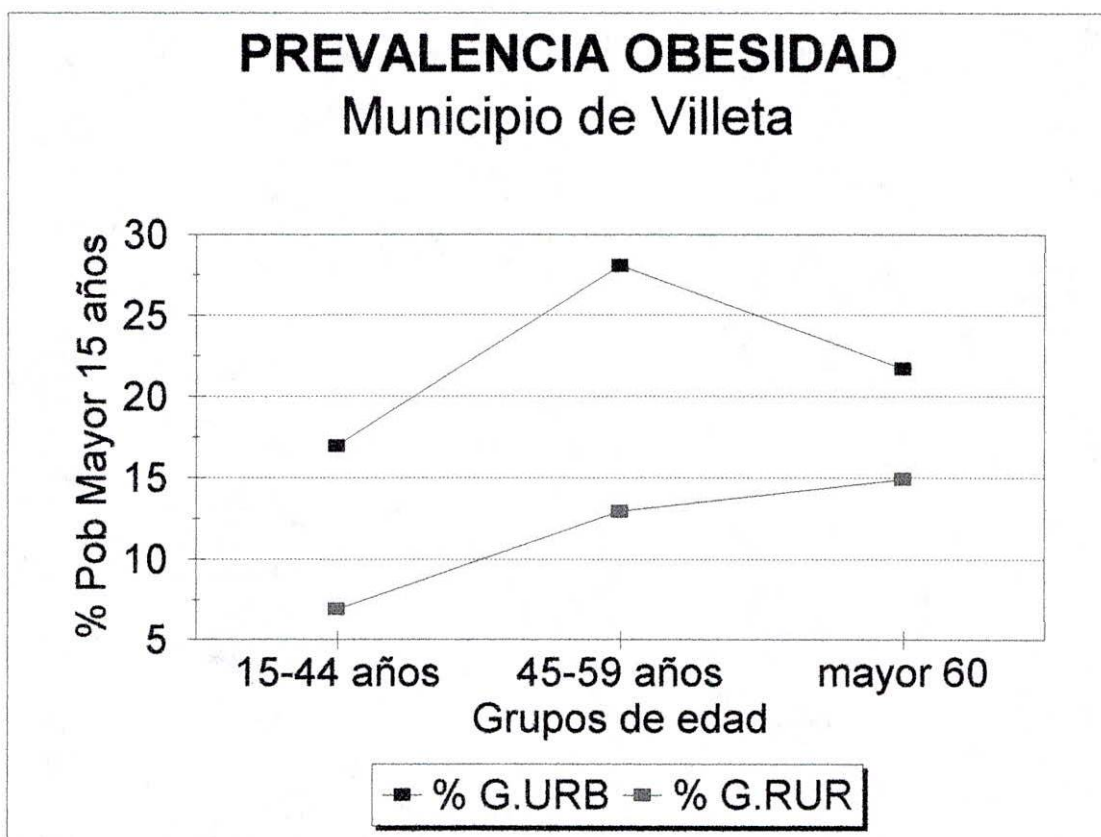


GRAFICO 18

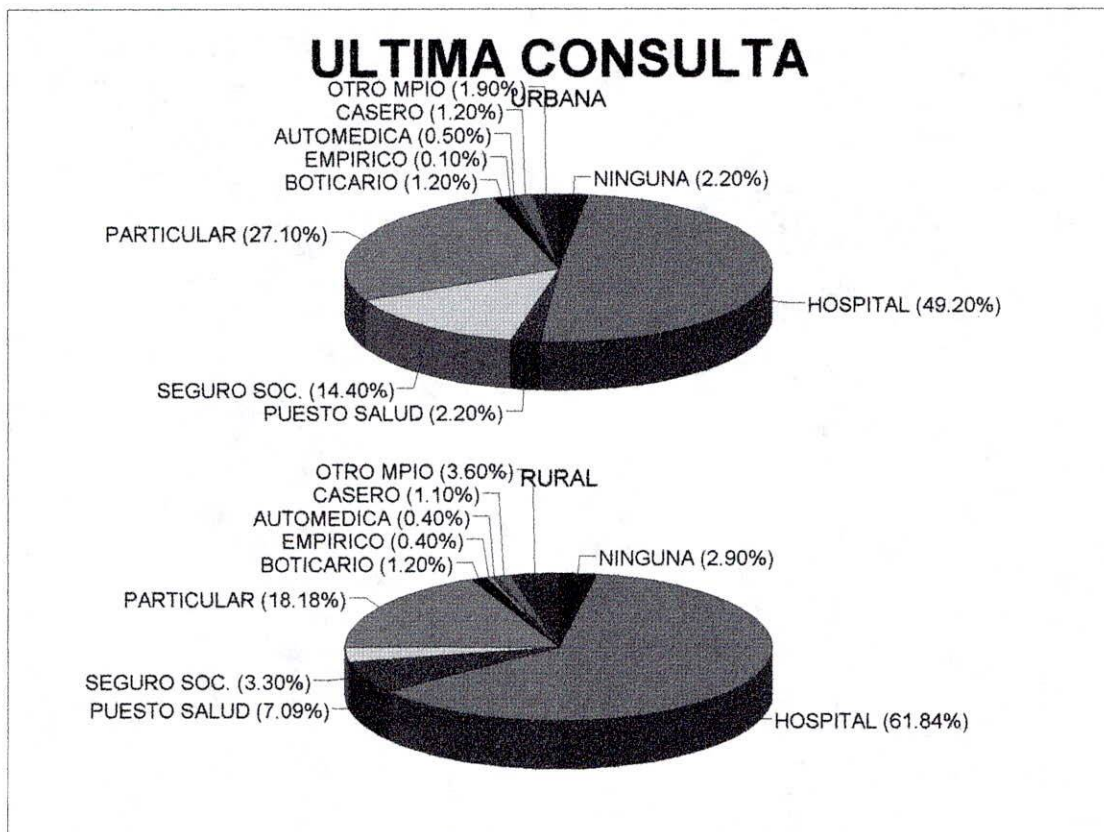


GRAFICO 19

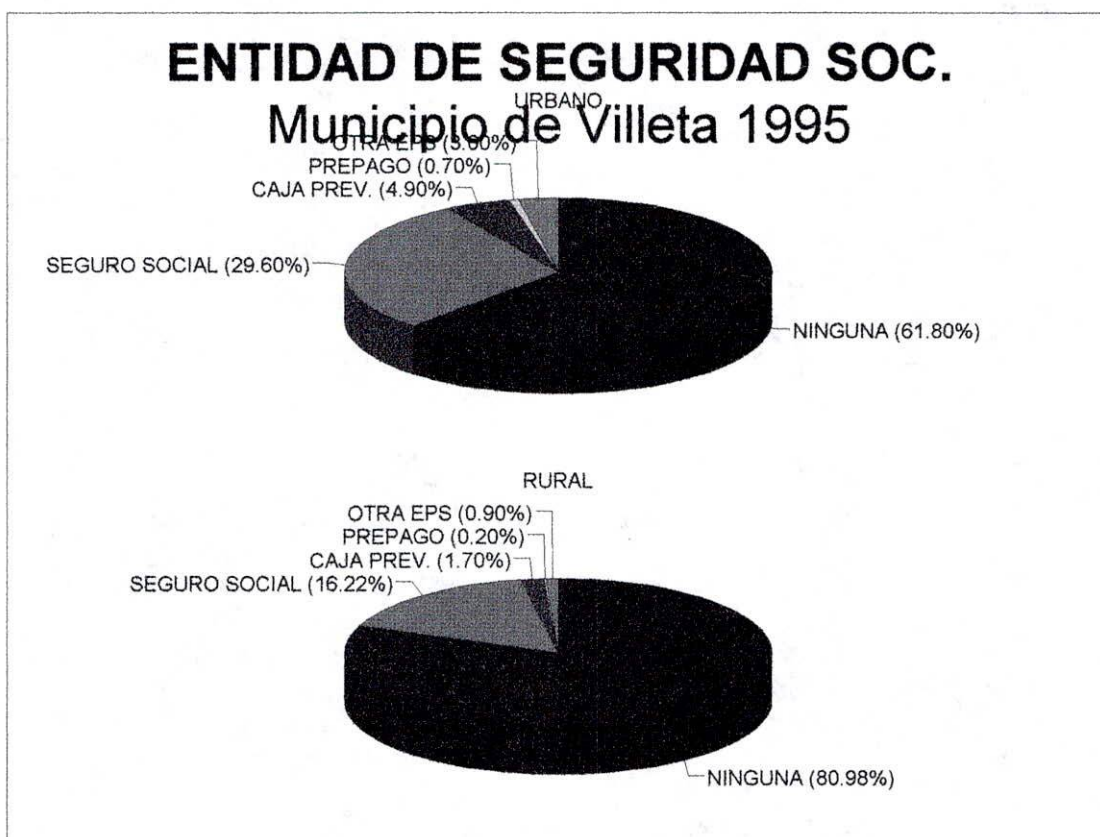




GRAFICO 20

CONSULTA SEGUN AFILIACION Municipio de Villeta 1995

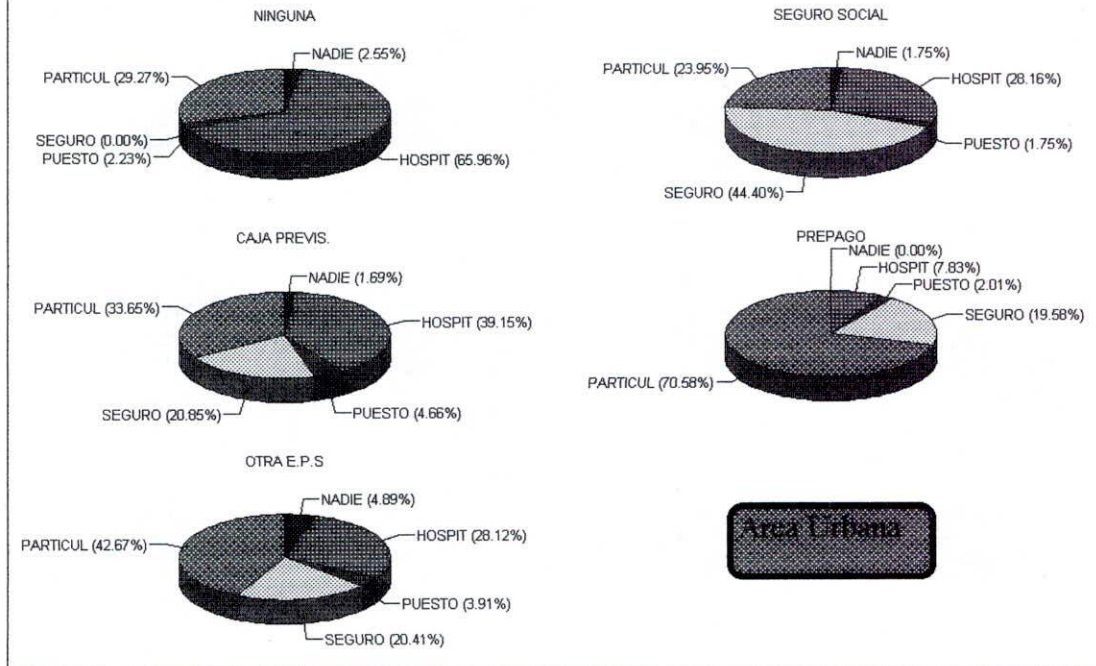


GRAFICO 21

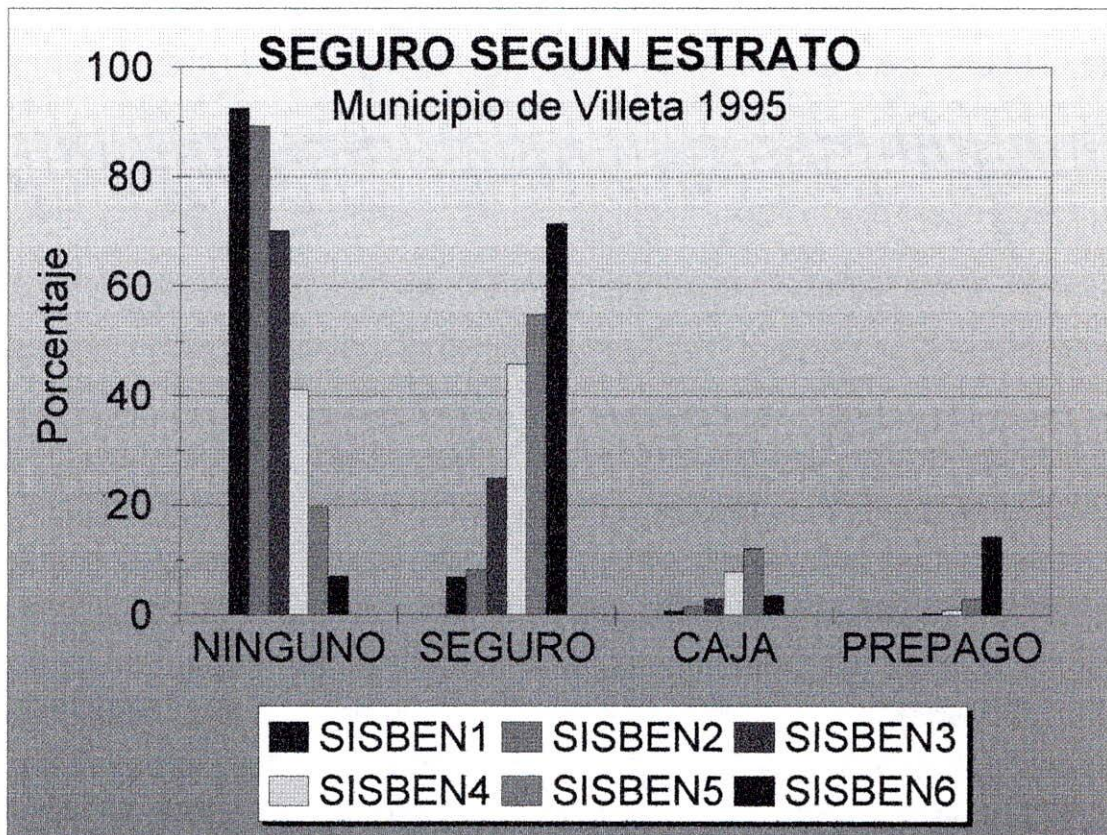


GRAFICO 22

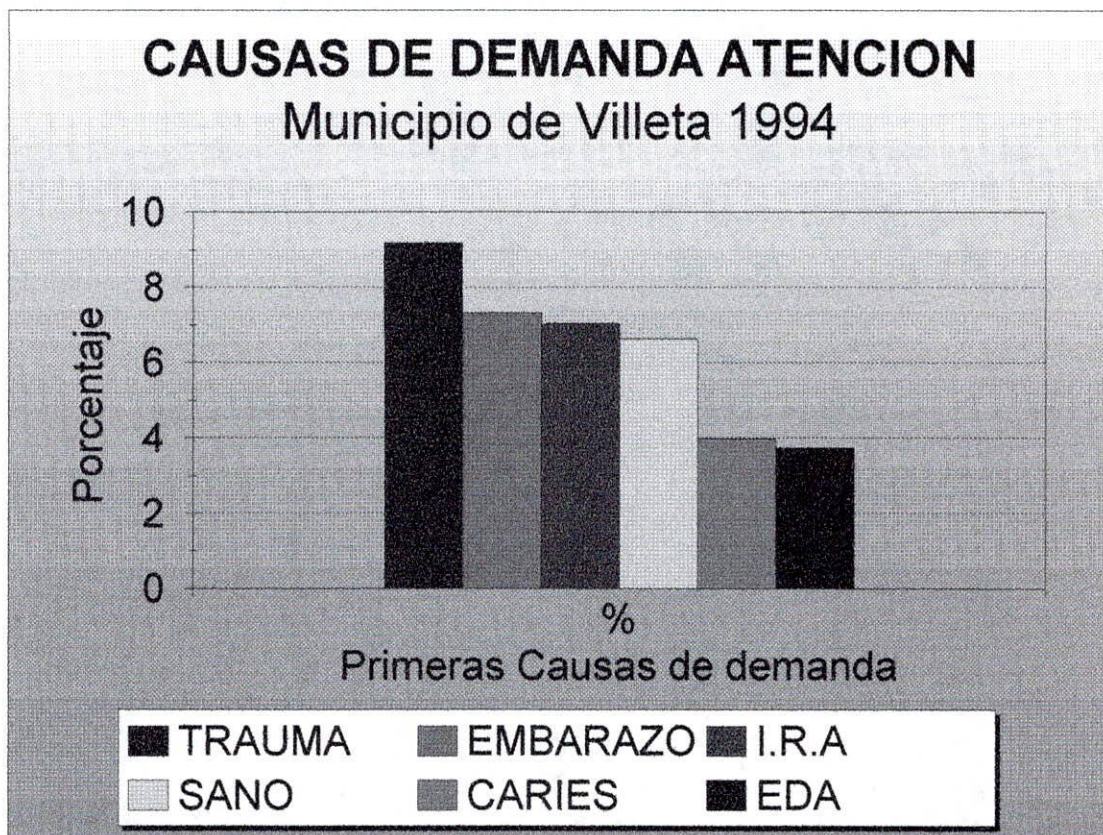


GRAFICO 23



GRAFICO 24

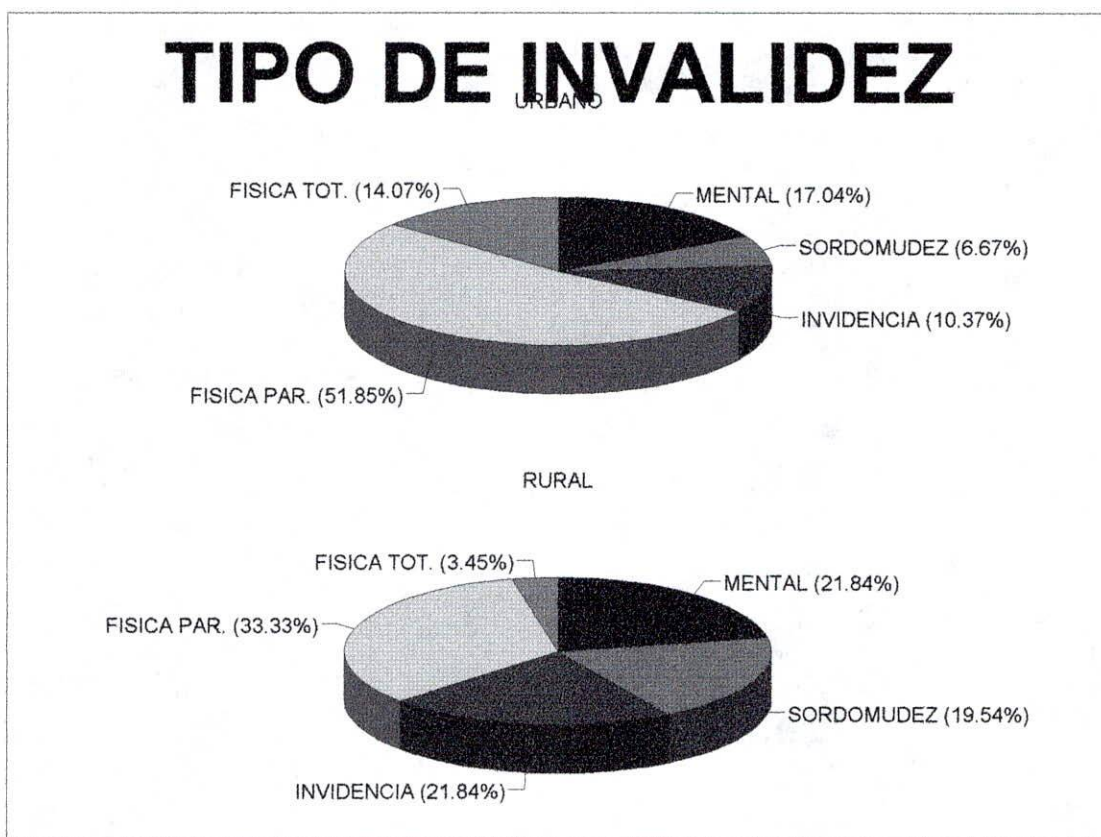
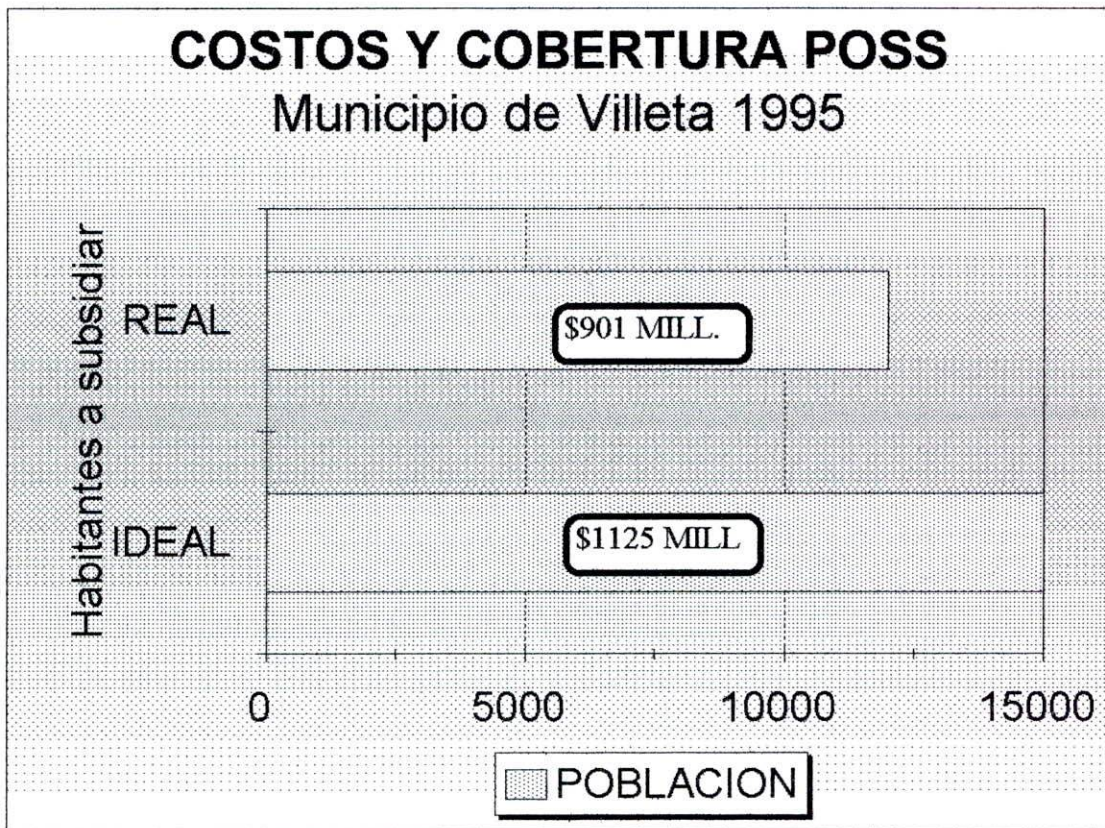


GRAFICO 25



ANEXO B

CUADROS

CUADRO No 1
PERFIL EPIDEMIOLOGICO HOSPITAL SALAZAR VILLET A 1994

VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE DEMANDA DE CONSULTA EXTERNA

No	CAUSA	n	< DE 1		1 A 4		5 A 14		15 A 44		45 A 59		60 O MAS		TOTAL	PORCEI
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M				
1	TRAUMA	2275	17	13	92	100	275	163	864	372	135	86	80	78	2275	9.19
2	EMBARAZO NORMAL	1818	0	0	0	0	0	7	0	1809	0	2	0	0	1818	7.34
3	I.R.A.	1741	148	139	272	241	165	179	186	268	28	59	18	38	1741	7.03
4	SANO	1642	171	168	106	123	222	250	134	380	9	44	21	14	1642	6.63
5	ENF. TEJ. DENTARIOS DUROS	985	0	0	20	33	161	194	196	326	10	22	9	14	985	3.98
6	E.D.A	927	106	90	192	145	75	50	81	114	17	22	16	19	927	3.74
7	PARASITISMO INTESTINAL	907	12	6	84	90	140	195	93	198	10	36	10	33	907	3.66
8	TRAST. INF. CERVIX VAGINA	833	0	2	0	11	0	34	0	691	0	82	0	13	833	3.36
9	TRAST. OPT. REFRACCION	791	4	1	9	14	67	125	98	144	78	132	50	69	791	3.19
10	OTRAS VIRALES S.P.	681	35	24	72	80	97	80	99	156	9	19	11	9	691	2.79
11	INFECCION URINARIA	614	4	4	10	35	14	33	46	350	13	46	16	43	614	2.48
12	H.R.B. Y ASMA	502	19	6	80	65	57	93	31	84	8	16	23	20	502	2.03
13	OTITIS MEDIA	402	31	17	60	54	61	44	56	49	5	13	6	6	402	1.62
14	TRAST. DELA CONJUNTIVA	391	32	22	17	21	28	25	68	89	25	29	16	19	391	1.58
15	TRAST. DE LA MENSTRUACION	375	0	0	0	0	0	5	0	335	0	35	0	0	375	1.51
16	ENF. PULPAR Y PERIAPICAL	296	0	0	6	6	46	39	69	107	13	5	1	4	296	1.2
17	ULCUS SEPTICO	286	0	0	4	1	2	3	63	124	10	32	20	27	286	1.15
18	DOLOR LUMBAR	276	0	0	0	0	2	6	72	99	26	34	15	22	276	1.11
19	ENF. MAL DEFINIDAS	259	21	16	12	21	14	17	39	60	9	14	22	14	259	1.05
20	OTRAS AFECCIONES DIENTES	251	0	0	5	4	42	37	55	70	7	9	15	7	251	1.01
	OTROS DIAGNOSTICOS	8504	233	207	391	384	518	537	1070	2606	336	825	617	780	8504	34.34
	TOTALES	24766	833	715	1432	1428	1986	2116	3320	8431	748	1562	966	1229	24766	100
	PORCENTAJES	100	3.36	2.89	5.78	5.77	8.019	8.54	13.41	34	3.02	6.31	3.9	4.96	100	*****

CUADRO No.2

MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD

HOSPITAL SALAZAR VILLET A 1994

MENORES 1 AÑO

1 A 4 AÑOS

5 A 14 AÑOS

No.	frq.	CAUSA	H	M	frq.	CAUSA	H	M	frq.	CAUSA	H	M
1	339	SANO	171	168	513	I.R.A.	272	241	472	SANO	222	250
2	287	I.R.A.	148	139	337	E.D.A.	192	145	438	TRAUMA	275	163
3	196	E.D.A.	106	90	229	SANO	106	123	355	ENF.TEJ.DENT. DUROS	161	194
4	59	OTRAS VIRALES SP	35	24	192	TRAUMA	92	100	344	I.R.A.	165	179
5	54	TRAST. CONJUNTIVA	32	22	174	PARASITISMO INTEST.	84	90	335	PARASITISMO INTEST.	140	195

'15 A 44 AÑOS

45 A 59 AÑOS

60 Y MAS AÑOS

No.	frq.	CAUSA	H	M	frq.	CAUSA	H	M	frq.	CAUSA	H	M
1	1809	EMBARAZO NORMAL	0	****	221	TRAUMA	135	86	158	TRAUMA	80	78
2	1236	TRAUMA	864	372	210	TRAST.OPT.REFRACC	78	372	119	TRAST.OPT.REFRACC.	50	69
3	691	CERVICIT Y VAGINIT	0	691	96	HIPERTENSION ART.	32	64	96	HIPERTENSION ART.	32	64
4	522	ENF.TEJ.DENT DURC	196	326	87	I.R.A.	28	59	59	INFECCION URINARIA	16	43
5	513	SANO	134	380	82	CERVICIT. Y VAGINIT.	0	82	56	I.R.A.	18	38

CUADRO No.3

POBLACION POR EDAD Y SEXO URBANA Y RURAL

MUNICIPIO DE VILLETA

URBANO

RURAL

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
0 - 4	343	347	690	9.2	128	127	255	10.4
5 - 9	410	346	756	10.1	124	147	271	11.1
10 - 14	436	404	840	11.2	172	145	317	13
15 - 19	363	417	780	10.4	117	117	234	9.6
20 - 24	263	335	598	0.8	99	74	173	7.1
25 - 29	235	308	543	7.2	71	78	149	6.1
30 - 34	239	302	541	7.2	90	78	168	6.9
35 - 39	251	318	569	7.6	71	62	133	5.4
40 - 44	231	232	463	6.2	67	67	134	5.5
45 - 49	164	203	367	4.9	57	57	114	4.7
50 - 54	134	162	296	3.9	54	61	115	4.7
55 - 59	125	157	282	3.8	52	51	103	4.2
60 - 64	105	118	223	0.3	43	42	85	3.5
65 - 69	79	105	184	2.4	37	28	65	2.7
70 - 74	81	76	157	2.1	27	25	52	2.1
75 - 79	48	61	109	1.5	19	18	37	1.5
80 - 84	28	40	68	0.9	10	0.9	19	0.8
85 - 89	13	16	29	0.4	0.5	0.3	0.8	0.3
90 - 94	0.3	0.4	0.7	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
95 - 99	0	0.2	0.2	0	0	0	0	0

CUADRO No.4

235

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

MUNICIPIO DE VILLETA 1995

VARIABLE	URBANO	RURAL	VARIABLE	URBANO	RURAL
TIPO DE VIVIENDA			TIPO ALUMBRADO		
CASA O APARTAMENTO	91.2	86.8	ELECTRICO	94.7	84.9
CUARTO O CUARTOS	8.8	13.2	GASOLINA	0.4	3.6
			VELA O OTRO	4.9	11.5
MATERIAL PAREDES			SERVICIO SANITARIO		
MATERIAL VEGETAL	5.3	7.1	NO TIENE	2.8	44.8
ZINC, TELA, DESECHOS	2.5	2.2	LETRINA	0.7	3.1
MADERA BURDA	1.4	8.1	INODORO SIN CONECCION	3.9	12.7
BAHAREQUE	2.8	13.6	INODORO A POZO SEP	8.1	29.7
ADOBE	1.8	1.4	INODORO A ALCANTARILLAD	84.6	9.7
LADRILLO O PIEDRA	86.2	67.6			
			DISPOSICION AGUA		
MATERIAL PISO			ACUEDUCTO	95.1	40.9
TIERRA	5.9	23.4	RIO O MANANTIAL	1.4	36.5
MADERA BURDA	0.3	2.2	POZO SIN BOMBA	1	18.5
CEMENTO	33.6	56.4	POZO CON BOMBA	0.2	0.5
BALDOSA O VINILO	59.8	18	CARROTANQUE	0.1	0.2
ALFOMBRA	0.1	0	PILA PUBLICA O OTRA	2.2	3.4
MARMOL	0.3	0			
			MANEJO DE BASURAS		
MATERIAL TECHO			RECOLECCION ASEO	91.4	17.8
PAJA O PALMA	0.2	1.5	CONTENEDOR PUBLICO	1.3	2.4
DESECHOS CARTON	1.4	1	TIRAN O QUEMAN	7.4	79.8
ASBESTO SIN CIELO RASO	62.5	76.4	*****		
ASBESTO CON CIELO RASO	35.9	21.1			

**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
MUNICIPIO DE VILLETA 1995**

VARIABLE	URBANO		RURAL		VARIABLE	URBANO		RURAL	
	H	M	H	M		H	M	H	M
SEXO					AFILIACION SEGURO SOCIAL				
HOMBRE	47.3		51.1		NINGUNA	60.4	63.1	81.4	80.3
MUJER		52.7		48.9	EPS SEGURO SOCIAL	30.9	28.5	16.4	16
					CAJA PREVISION	5.1	4.7	1.3	2.2
ESTADO CIVIL					PREPAGO	0.8	0.7	0.2	0.3
					OTRA EPS	2.9	3.1	0.6	1.3
UNION LIBRE	15.2	13.9	16.3	17					
CASADO	26	24.1	20.5	21.7	ASISTE EDUCACION				
VIUDO	1.5	7	2.2	5.3					
SEPARADO	1.2	4.2	0.9	3.7	SI	32.9	29.6	20.3	24.6
SOLTERO	56.2	50.8	60.1	52.4	NO	67.1	70.4	79.7	75.4
PARENTESCO					TIPO ESTABLECIMIENTO				
JEFE NUCLEO	44.4	17.9	76.1	13.2	NINGUNO	67.1	70.4	79.7	75.5
CONYUGE	1.7	33.8	3.4	35.5	HOGAR I.C.B.F	0.5	0.3	0.3	0.2
HIJO HIJA	50.1	40.5	54	45.5	GUARDERIA PREESCOLAR	2.6	2.3	0.9	1.2
OTROS PARIENTES	3.4	6.6	54.3	5.3	EDUCACION PUBLICA	22.2	19.3	18.5	22.1
NO PARIENTES	0.4	1.2	78.3	0.4	EDUCACION PRIVADA	7.5	7.7	0.6	1.1
TIPO DE DISCAPACIDAD					NIVEL EDUCATIVO				
NINGUNA	98.2	98.2	95.9	97	NINGUNO	19.5	19.3	25.5	28.2
MENTAL	0.3	0.3	0.9	0.7	PRIMARIA	41.9	38.5	60.9	53.4
SORDOMUDEZ	0.1	0.1	0.6	0.8	SECUNDARIA	34.9	39.8	12.7	17.5
INVIDENCIA	0.1	0.2	1	0.6	UNIVERSITARIA	3.3	2.4	0.9	0.8
FISICA PARCIAL	1	0.9	1.5	0.8	POSTGRADO	0.3	0.1	0	0.2
FISICA TOTAL	0.2	0.3	0.1	0.2					
					ACTIVIDAD HABITUAL				
POSICION OCUPACIONAL									
					TRABAJA	49.7	26.1	54.7	8.9
NINGUNA	50.1	73.1	44.8	89.5	BUSCA TRABAJO	0.4	0.4	0.8	0.4
EMPLEADO PARTICULAR	25.2	10.6	35.9	5.4	ESTUDIA	31.1	27.8	19.6	24.2
EMPLEADO GOBIERNO	5.9	3.3	0.6	0.5	OFICIOS HOGAR	0.8	30.3	3.8	44.3
PATRON EMPLEADOR	2.9	0.9	2.5	0.3	RENTISTAS	0.5	0.9	0.2	0.4
TRAB. INDEPENDIENTE	15.3	8.9	13.8	2.5	PENSIONADO	2.5	0.8	0.8	0.3
SIN REMUNERACION	0.4	0.9	2.3	0.8	INVALIDO	0.2	0.1	0.3	0.2
EMPLEADO DOMESTICO	0.2	2.4	0.1	0.9	SIN ACTIVIDAD	14.8	13.5	19.7	21.3

CUADRO No 6

FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACION
MUNICIPIO DE VILLETA 1995

VARIABLE	URBANO		RURAL	
	H	M	H	M
TOMA DE PRESION ARTERIA				
SI	55.1	62.9	35.7	40.1
NO	44.9	37.1	64.3	59.9
HIPERTENSION				
NO SABE	44.9	37.1	64.3	59.9
SI	8.6	12.9	7.8	10.6
NO	46.5	49.9	27.9	29.5
CONTROL DE T.A.				
SI	32.8	39.5	14.8	18.8
NO	67.2	60.5	85.2	81.2
HACE EJERCICIO				
SI	56.6	46.2	50.5	47.6
NO	43.4	53.8	49.5	52.4
FRECUENCIA EJERCICIO				
NO HACE	43.4	53.8	49.5	52.4
DIARIAMENTE	28.9	21.3	39	35.7
2 A 3 VECES SEMANA	15.5	13.2	6.2	6.6
UNA VEZ SEMANA	10.6	9.7	4.9	5
UNA VEZ AL MES	1.6	2	0.4	0.3
FUMADOR				
SI	10.2	5.2	11.4	3.2
NO	89.8	94.8	88.6	96.8
BEBE ALCOHOL				
SI	16.2	2.4	28.3	4.5
NO	83.8	97.6	71.7	95.5
OBESO				
SI	13.7	15.6	6.3	7.5
NO	86.3	84.4	93.7	92.5

**CARACTERISTICAS DE LOS DEMANDANTES DE SERVICIOS DE SALU
MUNICIPIO DE VILLETA 1995**

VARIABLE	URBANO		RURAL	
	H	M	H	M
CONSULTA HABITUAL				
NINGUNO	2.2	1.4	2.8	1.6
MEDICO	90	91.4	88	88.8
ENFERMERA	2.1	2.4	4.3	4.7
BOTICARIO	1.7	1	1.5	1.4
EMPIRICO	0.3	0.4	0.5	0.4
AUTOMEDICACION	1.6	1.2	0.6	0.8
REMEDIO CASERO	2.1	2.2	2.3	2.2
ENTIDAD DE CONSULTA				
NINGUNA	2.8	1.6	3.3	2.5
HOSPITAL	48.1	51	59.8	64
PUESTO DE SALUD	1.9	2.4	7.1	7.2
SEGURO SOCIAL	15.4	13.6	3.8	2.8
MEDICO PARTICULAR	26.3	27.9	18.9	17.6
BOTICARIO	1.7	0.7	1.4	0.8
EMPIRICO	0.1	0.1	0.4	0.3
AUTOMEDICACION	0.6	0.4	0.5	0.3
REMEDIO CASERO	1.3	1.2	1.1	1
OTRO MUNICIPIO	1.9	1.9	3.7	3.4
SATISFACCION GENERAL				
SI	93.1	93.7	88.7	90.1
NO	6.9	6.3	11.3	9.9
SATISFACCION ENTIDAD				
HOSPITAL	93.7		91.4	
PUESTO DE SALUD	75.2		76.9	
SEGURO SOCIAL	95.9		80	
MEDICO PARTICULAR	98.6		96.8	
EMPIRICO	87.5		88.9	
OTRO MUNICIPIO	96.5		98.9	

CUADRO NO.8
RECURSO HUMANO Y COSTO TOTAL POR ACTIVIDAD
MUNICIPIO DE VILLETA 1.995

PLANES PROPUESTOS	HORA/PROFESIONAL	COSTO POR ACTIVIDAD
PROPUESTA DE PROMOCION Y PREVENCION Programación de talleres , se proponen 104 talleres con 2 horas de asistencia.	208	\$ 5.200.000
Inmunizaciones menores de 1 año	720	\$ 25.765.656
Inmunizaciones menores de 5 años	288	\$10.274.100
SUBTOTAL		\$41.239.756
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (Para 8.000 personas).		
- Consulta mèdica	6.000	\$ 48.000.000
- Hospitalización	2.666	\$286.400.000
- Consulta odontològica	8.000	\$ 81.600.000
-Parto Normal	206	\$ 46.556.000
-Parto cesàrea	104	\$ 22.568.000
-Cirugia	2.000	\$134.100.000
-Medicamentos		\$ 23.800.000
-Rayos X		\$ 75.412.382
-Laboratorio clinico		\$ 10.740.800
SUBTOTAL		\$729.177.182
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO (Para 15.000 personas) Teniendo en cuenta la UPC.		\$1.125.000.000
TOTAL COSTOS		\$1.895.416.938

- 1 Tierra
- 2 Madera bñda, tabla o tablón
- 3 Cemento
- 4 Baldosa, vinilo, tableta o ladrillo
- 5 Alfombra o tapete de pared a pared
- 6 Mármol, parqué o madera pulida

15

16 **Cuál es el material predominante en el techo de la vivienda ?**

- 1 Paja o palma
- 2 Desechos (cartón, lata, sacos, etc)
- 3 Teja de barro, zinc, asbesto-cemento, sin cielo raso
- 4 Teja de barro, losa, plancha, zinc, asbesto-cemento, con cielo raso

16

- 5 Carrotanque
- 6 Pila pública u otra fuente

19

20 **Cúanto tiempo gastan en traer el agua que utilizan para preparar los alimentos ?**

- 1 Llega por tubería
- 2 10 minutos o menos
- 3 Más de 10 minutos

20

21 **Qué hacen generalmente con las basuras que producen ?**

- 1 La recogen los servicios de aseo
- 2 La llevan a un contenedor o basurero público
- 3 La tiran a un patio, lote, zanja, río, quebrada, laguna, la queman, la entierran

21

26 Licuadora				
27 Lavadora ropa				

3.3 **Cuántos de los siguientes cuartos de esta vivienda disponen para el uso exclusivo del núcleo familiar?**

Registre la cantidad de cuartos	Total Cuartos Vivienda	NUCLEO FAMILIAR			
		1	2	3	4
28 Sala					
29 Comedor					
30 Sala-comedor					
31 Exclusivos para dormir					
32 Para dormir y otros usos					

4.3 DECLARACION

39 Declaro que los datos proporcionados son reales y autorizo que la información sea utilizada para orientar las políticas sociales del gobierno.

NUCLEO FAMILIAR 1 No. Orden _____ Firma _____

NUCLEO FAMILIAR 2 No. Orden _____ Firma _____

NUCLEO FAMILIAR 3 No. Orden _____ Firma _____

NUCLEO FAMILIAR 4 No. Orden _____ Firma _____

ENCUESTA MUNICIPAL SANITARIA

Villeta, Cundinamarca

NUMERO FICHA

ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLETA
 Secretaría Municipal de Salud.

Colegio Odontológico Colombiano
Postgrado Gerencia Instituciones de Salud

PARALELA CARA A

2. DATOS DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS										
70 Tiene Usted en su Vivienda alguno de los siguientes animales? CODIGOS 1=SI 2=NO A <input type="checkbox"/> Perro B <input type="checkbox"/> Gato C <input type="checkbox"/> Aves D <input type="checkbox"/> Cerdos E <input type="checkbox"/> Otros F <input type="checkbox"/> Ninguno	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> CODIGOS 1=SI 2=NO A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 40%; padding: 5px; vertical-align: top;"> 73 Con que periodicidad hace usted mantenimiento al sistema? 1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses 2 <input type="checkbox"/> 3 a 6 meses 3 <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses 4 <input type="checkbox"/> mas de un año 5 <input type="checkbox"/> nunca </td> <td style="width: 30%; padding: 5px; vertical-align: top;"> 76 El material de su tubería interna para el agua es? 1 <input type="checkbox"/> P.V.C 2 <input type="checkbox"/> Galvanizada 3 <input type="checkbox"/> Manguera 4 <input type="checkbox"/> Otro </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> 71 Que sistema utiliza para el almacenamiento del agua? 1 <input type="checkbox"/> Tanque con tapa 2 <input type="checkbox"/> Tanque sin tapa 3 <input type="checkbox"/> Tanque subterráneo 4 <input type="checkbox"/> Caneca 5 <input type="checkbox"/> Ninguno 6 <input type="checkbox"/> Otro </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> 74 El sistema es empleado unicamente para almacenar agua del acueducto? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> 77 Hace cuanto tiempo instalo la tubería para el agua.? 1 <input type="checkbox"/> Menos de Un año 2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 a 10 años 4 <input type="checkbox"/> Más de 10 años </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> 72 Que capacidad de almacenamiento tiene su sistema 1 <input type="checkbox"/> menos de 250 Litros 2 <input type="checkbox"/> 500 Litros 3 <input type="checkbox"/> 1000 Litros 4 <input type="checkbox"/> 2000 Litros o más </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> 75 A que distancia de su vivienda se encuentra su servicio sanitario? 1 <input type="checkbox"/> Intradomiciliario 2 <input type="checkbox"/> Menos de 5 metros 3 <input type="checkbox"/> 5 a 10 metros 4 <input type="checkbox"/> 10 a 20 metros 4 <input type="checkbox"/> mas de 20 metros </td> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;"> Considera usted que su vivienda se encuentra afectada por alguno de los siguientes factores? Código 1= Si 2= No 78 Ruido 79 Malos Olores 80 Inseguridad 81 Humo 82 Polvo 83 Difícil Acceso 84 Gases Indust. </td> </tr> </table>	CODIGOS 1=SI 2=NO A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	73 Con que periodicidad hace usted mantenimiento al sistema? 1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses 2 <input type="checkbox"/> 3 a 6 meses 3 <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses 4 <input type="checkbox"/> mas de un año 5 <input type="checkbox"/> nunca	76 El material de su tubería interna para el agua es? 1 <input type="checkbox"/> P.V.C 2 <input type="checkbox"/> Galvanizada 3 <input type="checkbox"/> Manguera 4 <input type="checkbox"/> Otro	71 Que sistema utiliza para el almacenamiento del agua? 1 <input type="checkbox"/> Tanque con tapa 2 <input type="checkbox"/> Tanque sin tapa 3 <input type="checkbox"/> Tanque subterráneo 4 <input type="checkbox"/> Caneca 5 <input type="checkbox"/> Ninguno 6 <input type="checkbox"/> Otro	74 El sistema es empleado unicamente para almacenar agua del acueducto? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	77 Hace cuanto tiempo instalo la tubería para el agua.? 1 <input type="checkbox"/> Menos de Un año 2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 a 10 años 4 <input type="checkbox"/> Más de 10 años	72 Que capacidad de almacenamiento tiene su sistema 1 <input type="checkbox"/> menos de 250 Litros 2 <input type="checkbox"/> 500 Litros 3 <input type="checkbox"/> 1000 Litros 4 <input type="checkbox"/> 2000 Litros o más	75 A que distancia de su vivienda se encuentra su servicio sanitario? 1 <input type="checkbox"/> Intradomiciliario 2 <input type="checkbox"/> Menos de 5 metros 3 <input type="checkbox"/> 5 a 10 metros 4 <input type="checkbox"/> 10 a 20 metros 4 <input type="checkbox"/> mas de 20 metros	Considera usted que su vivienda se encuentra afectada por alguno de los siguientes factores? Código 1= Si 2= No 78 Ruido 79 Malos Olores 80 Inseguridad 81 Humo 82 Polvo 83 Difícil Acceso 84 Gases Indust.
CODIGOS 1=SI 2=NO A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	73 Con que periodicidad hace usted mantenimiento al sistema? 1 <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses 2 <input type="checkbox"/> 3 a 6 meses 3 <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses 4 <input type="checkbox"/> mas de un año 5 <input type="checkbox"/> nunca	76 El material de su tubería interna para el agua es? 1 <input type="checkbox"/> P.V.C 2 <input type="checkbox"/> Galvanizada 3 <input type="checkbox"/> Manguera 4 <input type="checkbox"/> Otro								
71 Que sistema utiliza para el almacenamiento del agua? 1 <input type="checkbox"/> Tanque con tapa 2 <input type="checkbox"/> Tanque sin tapa 3 <input type="checkbox"/> Tanque subterráneo 4 <input type="checkbox"/> Caneca 5 <input type="checkbox"/> Ninguno 6 <input type="checkbox"/> Otro	74 El sistema es empleado unicamente para almacenar agua del acueducto? 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	77 Hace cuanto tiempo instalo la tubería para el agua.? 1 <input type="checkbox"/> Menos de Un año 2 <input type="checkbox"/> 1 a 5 años 3 <input type="checkbox"/> 5 a 10 años 4 <input type="checkbox"/> Más de 10 años								
72 Que capacidad de almacenamiento tiene su sistema 1 <input type="checkbox"/> menos de 250 Litros 2 <input type="checkbox"/> 500 Litros 3 <input type="checkbox"/> 1000 Litros 4 <input type="checkbox"/> 2000 Litros o más	75 A que distancia de su vivienda se encuentra su servicio sanitario? 1 <input type="checkbox"/> Intradomiciliario 2 <input type="checkbox"/> Menos de 5 metros 3 <input type="checkbox"/> 5 a 10 metros 4 <input type="checkbox"/> 10 a 20 metros 4 <input type="checkbox"/> mas de 20 metros	Considera usted que su vivienda se encuentra afectada por alguno de los siguientes factores? Código 1= Si 2= No 78 Ruido 79 Malos Olores 80 Inseguridad 81 Humo 82 Polvo 83 Difícil Acceso 84 Gases Indust.								

NOTA IMPORTANTE: Diligencie esta sección SOLO después de haber obtenido los datos de la Sección 2 del SISBEN.

CODIGOS

86 Que tipo de invalidez Sufre la persona? 0 Ninguna 1 Mental 2 Sordomudez 3 Invidencia 4 Otra Física Parcial 5 Física Total	87 que tipo de Seguro de salud posee? 0 Ninguna 1 Seguro Social 2 Caja Previsión 3 Prepago 4 Otra E.P.S.	88 Le han tomado alguna vez La presión arterial? 89 Le han dicho alguna vez que tiene la presión alta? 90 Controla la presión arterial mínimo una vez al año? 91 Dedicar un tiempo especial para hacer algún ejercicio? 1 Si 2 No	92 Con que frecuencia hace este ejercicio? 0 No Hace 1 Diariamente 2 2 o 3 veces semana 3 1 vez semana 4 Una vez mes.	93 Es Fumador? 94 toma por semana mas de 5 tragos o equivalente en una sesión? 95 Considera usted Que esta pasado de peso? 1 SI 2 NO	96 Con Mayor Frecuencia para solucionar sus problemas de salud acude a: 0 Ninguno 1 Médico 2 Enfermera 3 Boticario 4 Empirico 5 Automedicación 6 Remedio Casero
---	--	--	---	---	---

ENCUESTA MUNICIPAL SANITARIA

Villete Cundinamarca

PARALELA CARA B

85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
5. SOCIODEMOGRAFICOS						8. FACTORES RIESGO						9. SERVICIOS DE SALUD	
Numero de la Persona	Tipo Discapacidad	Entidad de Seg.Social	Toma de Tension	Tiene T.A Alta?	Controla T.A.?	Hace Ejercicio	Frecuencia Ejercicio	Es Fumador?	Bebe Alcohol?	Obeso?	Acude general/	Ultima Vez?	Fue bien Atendido?
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													

97 La última vez que enfermó a quien acudió en Villete?

- 0 Nadie
- 1 Hospital Salazar
- 2 Puesto de Salud
- 3 Seguro Social
- 4 Médico Particular
- 5 Boticario
- 6 Empirico
- 7 Automedicación
- 8 Remedio Casero
- 9 Otro municipio

98 La última vez que enfermó se sintio bien atendido?
 1 SI 2 NO

3. DATOS NUCLEOS FAMILIARES

Nota: Diligencie al final con el jefe del núcleo familiar respectivo

99 Se encuentra satisfecho con su estilo de vida?	100 Cuanto tiempo hace que reside En este municipio
NUCLEO FAMILIAR CODIGOS 1 <input type="text"/> 1=SI 2 <input type="text"/> 2=NO 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/>	NUCLEO FAMILIAR CODIGOS 1 <input type="text"/> 1 Siempre 2 <input type="text"/> 2 Mas de 10 años 3 <input type="text"/> 3 De 5 a 9 años 4 <input type="text"/> 4 De 1 a 4 años 5 <input type="text"/> 5 Menos 1 año

OBSERVACIONES

ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLETE
Secretaría Municipal de Salud.

*Colegio Odontológico Colombiano
Postgrado Gerencia Instituciones de Salud*