



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

DOCUMENTO PRELIMINAR

ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL

Pensilvania, Abril de 2008



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

DOCUMENTO PRELIMINAR

**Gobernador de Caldas
MARIO ARISTIZABAL**

**Alcalde Municipal
JESÚS DARÍO RAMÍREZ GÓMEZ**

**Secretaria de Salud Municipal
BLANCA AZUCENA TORO GIRALDO**

**Gerente ESE Hospital Local San Juan de Dios
SORYANELLY ARISTIZABAL RAMÍREZ**

**Coordinadora Salud Pública
GLORIA CECILIA ISAZA IDARRAGA**

Manizales, Abril de 2008



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud no es tarea exclusiva del sector salud, es una responsabilidad compartida con todos los actores sociales, económicos y políticos que tienen presencia en el municipio. Más aun, también es compromiso de la población que puede aportar en el autocuidado y en la movilización social en pro de la salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establece condiciones, recursos y escenarios para que la promoción de la salud sea real en la vida de las comunidades, este es el caso del Plan de salud Pública que destina recursos y orienta la acción municipal hacia los condicionantes de la salud y por ende de la calidad de vida de la población.

La participación comunitaria y el empoderamiento comunitario, muy conocida la primera en las esferas de la acción social, pero igualmente desgastada por su dedicación a acciones puntuales y en ocasiones utilitaristas. Se aborda ahora el empoderamiento comunitario como un desarrollo de la promoción de la salud que aporta en la necesidad urgente de compartir el poder con los más vulnerables para brindarles herramientas para que tengan por sí mismos capacidad de salir adelante. La información, educación y comunicación, como alianza importante entre los instrumentos de sensibilización y movilización social permiten a la población acceder al conocimiento y tomar decisiones con respecto a la salud.

Los Ambientes y Entornos Saludables como compromiso ineludible para promover a la población de los espacios propicios para la creación, la solidaridad y la responsabilidad social con las generaciones futuras trascienden el concepto de lo ambiental a todas las dimensiones de las relaciones humanas.

El Conpes Social 91 de 2005 estableció un compromiso de país frente al reto de reducir la pobreza, el hambre, mejorar el estado de salud, nutrición y educación de las personas, dicho reto fue recogido dentro del marco de la política social del gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010 Estado Comunitario:



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

desarrollo para todos. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio buscan alcanzar mayores niveles de desarrollo al combatir los principales males que afectan nuestra sociedad: la pobreza, el hambre, la mortalidad materna, la mortalidad infantil y en la infancia; la desnutrición crónica y global, el embarazo en adolescentes, las bajas coberturas de vacunación de los menores de 5 años, el VIH/SIDA, el dengue, la malaria; la mortalidad por cáncer de cuello uterino, la deserción y la repetición escolar, el analfabetismo; la inequidad de género y la falta de autonomía de la mujer, el hacinamiento, el saneamiento básico, las condiciones del medio ambiente, entre otros.

El cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio requiere de la voluntad política de los mandatarios del orden central y territorial para incluir dentro de sus planes de gobierno y planes de desarrollo: *objetivos, metas, indicadores, estrategias y recursos*; que apoyen el cumplimiento de la política nacional frente al propósito de alcanzarlos. Incluir los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Plan de Salud Pública permite la articulación de esfuerzos entre los diferentes actores frente al propósito de mejorar las condiciones de vida y superar tanto los niveles de pobreza como la vulnerabilidad de la población..

Basados en lo anterior y dando cumplimiento a la Ley 1122 y especialmente a su artículo 2º reglamentado parcialmente por el Decreto 3039 de agosto de 2007, por medio del cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007-2010. El municipio de Pensilvania por intermedio de la Dirección Territorial de Salud de Caldas adopta y ajusta el Plan Nacional de Salud Pública que a partir de la fecha se denominará

Plan Municipal de Salud Pública 2007-2010, elaborado con la participación de todos los actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además con amplia participación de la comunidad, que le sirve de indispensable aval al presente documento. Dando cumplimiento a la Ley 1122 deberá ser presentado al Consejo Territorial de Salud y posteriormente al Honorable Concejo Municipal, para que sea incluido en el Plan de Desarrollo que presentará la nueva administración municipal en el año 2008.



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

CAPITULO I: ALCANCES

En desarrollo de las competencias desarrolladas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Decreto 3039 de 2007, el Plan Territorial de Salud Pública a cargo de las Direcciones Territorial de Salud, comprenderá las acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud POS del régimen contributivo y del Régimen Subsidiado y de riesgos profesionales. El presente plan se formula en coherencia con el perfil epidemiológico de municipio de Pensilvania; además se adoptará el sistema de resultados para realizar los correctivos pertinentes que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social. Los municipios pertenecientes al Departamento de Caldas, con la asesoría de los funcionarios de la Dirección Territorial de Salud, deberán elaborar sus respectivos planes locales de salud pública, en concordancia con las directrices que para el efecto expida la Dirección Territorial de Salud, a su vez deberán ser incluidos en los planes de desarrollos locales para hacer aprobados por el Consejo Territorial de Salud y el Honorable Concejo Municipal.



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

PROPÓSITOS DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA

Son propósitos del Plan Municipal de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población del municipio
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento de nuestra población y la transición demográfica.
4. Disminuir la inequidades en salud pública de la población.

CAPITULO II: ENFOQUES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA

1. ENFOQUE POBLACIONAL

Se entiende por enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas, dirigidas a la población en general que busca modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

2. ENFOQUE DETERMINANTES

Los determinantes son un conjunto de factores que inciden en forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: Ambientales, del



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

comportamiento humano, de la herencia de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

3. ENFOQUE DE GESTIÓN SOCIAL DE RIESGO

El enfoque de gestión social de riesgo, se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

PRINCIPIOS DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA

Los Principios que guían el Plan de Salud Pública son los siguientes:

1. Universalidad

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

2. Equidad

Se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud y por lo tanto ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables

3. Calidad



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Es la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y lograr la adhesión y satisfacción del usuario.

4. Eficiencia

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y el acceso de los servicios integrales de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia

5. Responsabilidad

Es la garantía del acceso a las acciones individuales y colectivas en Salud Pública con oportunidad, calidad, eficiencia y equidad. La responsabilidad implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas por acciones inadecuadas u omisiones que atenten contra la salud o la calidad de vida.

6. Respeto por la diversidad cultural y étnica

Garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación en las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los Planes de Salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 de 2001.

7. Participación Social

Intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales y que éstas se concreten en los Planes de Salud Territoriales.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

8. Intersectorialidad

Interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

CAPITULO III: LÍNEAS DE POLÍTICA

El municipio de Pensilvania como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la Política en Salud:

1. La promoción de la Salud y la calidad de vida
2. La prevención de los riesgos
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en Salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

Estas líneas de políticas nos exigen una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre el Departamento, el Municipios, las Entidades Promotoras de Salud - EPS (contributivo y subsidiados), las Administradoras de Riesgos Profesionales, los Prestadores de Servicios de Salud IPS, la Sociedad Civil Organizada, las Sociedades Científicas, las Instituciones Formadoras del Talento Humano en Salud y las Entidades de Cooperación Técnica Internacional.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA

La promoción de la salud y la calidad de vida, constituyen un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitario en los ámbitos locales, regionales y nacionales.

A cargo del Municipio de Pensilvania:

- a. Adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida y prevención de los riesgos.
- b. Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud.
- c. Formulación, adopción y evaluación de políticas para mejorar la participación social y comunitaria en salud.
- d. Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y la calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

- e. Formulación, adopción y evaluación de políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 2: PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS

Es un conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermedad o morir. El objetivo de esta Línea de Política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la Comunidad, las Entidades Promotoras de Salud-EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP y los Sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta Línea de Política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

A cargo del Municipio de Pensilvania:

- a. Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevenciones de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarias y fitosanitarios.
- b. Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia.
- d. Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.
- e. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

- f. Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción.
- g. Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción.

- h. Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud, en su jurisdicción.

LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 3: RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS DE SALUD.

Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social, involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

A cargo del Municipio de Pensilvania:

- a. Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del Plan Obligatorio de Salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado, en su jurisdicción.
- b. Prestación de servicios de salud a la pobre, no asegurada, en lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud – POS del régimen contributivo.
- c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

- d. Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.
- e. Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción.
- f. Desarrollo de las redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia, en su jurisdicción.
- g. Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.
- h. Fomento de la telemedicina.

LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 4: VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Vigilancia en Salud Pública

La vigilancia en salud pública vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad de las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud – INS.

Vigilancia en salud en el entorno laboral



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

La vigilancia en salud en el entorno laboral vigila los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social.

Vigilancia sanitaria

La vigilancia sanitaria vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de usos domésticos, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.

Inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

La inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS es el conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social. Este proceso es liderado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta línea demanda el desarrollo de los procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento. Esto lleva a una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad. Requiere la construcción de alianzas entre el sector salud y los sectores como educación, medio ambiente, agua y comunicación entre otros, para la innovación e introducción de nuevas tecnologías.

A cargo del Municipio de Pensilvania:



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

- a. Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción.
- b. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en su jurisdicción.
- c. Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.

- d. Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción.

- e. Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción.
- f. Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción.

LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 5: GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.

La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario.

Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

Estrategias para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

A cargo del Municipio de Pensilvania:

- a. Aseguramiento universal en salud, priorizando la población pobre y vulnerable.
- b. Fortalecimiento de la capacidad de rectoría, regulación, gestión y fiscalización en salud pública para garantizar el cumplimiento de las competencias en los diferentes niveles territoriales.
- c. Mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública.
- d. Concertación intersectorial para la modificación de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y poblaciones.
- e. Desarrollo de los modelos de atención en salud de origen intercultural.
- f. Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en áreas de interés en salud pública.
- g. Desarrollo de un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social.
- h. Promoción del control social y la rendición de cuentas.

CAPITULO IV: SITUACIÓN DE SALUD

El Municipio de Pensilvania para este capítulo cuenta con una fortaleza adicional, la cual es la estrategia de los profesionales de Vigilancia en salud pública, lo que ha permitido contar con perfil epidemiológico semestral. El análisis de este perfil incluye la aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada grupo poblacional, y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas. Se está haciendo especial énfasis en la transición demográfica y en la transición epidemiológica que presenta el municipio.

Los indicadores del milenio y los indicadores de infancia y adolescencia hacen parte integral del diagnóstico de la situación de salud en nuestro municipio. La decisión administrativa ha sido trabajada con los datos del censo 2005 conciliado,



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

y para los denominadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, se tienen los nacidos vivos teniendo como fuente el DANE.

Demografía y salud

El municipio de Pensilvania en los últimos 10 años ha mostrado grandes cambios en la dinámica del crecimiento poblacional, la fecundidad ha descendido sustancialmente pasando de 6 hijos por mujer en 1985 a 4 en el 2006, asimismo la natalidad presenta descensos pronunciados en los últimos años.

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD POR 1.000 HABITANTES MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
TASA	11.04%	9.44%	8.67%	7.97%

FUENTE: DANE, ESTADÍSTICAS VITALES

En 4 años la disminución de la Tasa de Natalidad ha sido de 3.07%, disminución que ha sido significativa si nos comparamos con Colombia que tiene un estimado según el ministerio para el 2006 de 20.6 por mil habitantes.

CRECIMIENTO NATURAL O TASA MEDIA ANUAL DE CRECIMIENTO			
MUNICIPIO DE PENSILVANIA 1999-2006			
AÑOS	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CRECIMIENTO NATURAL
1999	342	98	0.28%
2001	352	100	0.28%
2003	291	107	0.37%



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

2004	247	106	0.42%
2005	225	111	0.49%
2006	210	89	0.42%
FUENTE: DANE, DTSC,			

Lo que se refleja en la tasa anual de crecimiento, si lo anterior le sumáramos las migraciones, posiblemente tendríamos una tasa negativa de crecimiento, por ser el departamento de Caldas según el DANE, un departamento expulsor. Es bien preocupante la desaceleración de los nacimientos.

Salud materna e infantil

En nuestro municipio se han alcanzado importantes logros en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en los últimos cinco años, sin embargo se presentan problemas como el embarazo en adolescentes.

MORTALIDAD MATERNA MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS INDICADORES

META 2015	LÍNEA DE BASE 2000	RESULTADO 2003	RESULTADO 2005	RESULTADO 2006	RESULTADO 2007*
Muerte materna < a 45 muertes x 100.000 nacidos vivos	0	2%	0%	0%	0%
Incrementar al 90% 4 controles prenatales por embarazada	70%	80%	88%	90%	95%
Parto institucional > al 95%	90%	92%	97%	97%	98%



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Porcentaje de mujeres en edad fértil afiliadas al SGSSS	SD	SD	SD	81%	84.02%
---	----	----	----	-----	--------

FUENTE: DANE DATOS PRELIMINARES, SIVIGILA, ESTADÍSTICA DTSC* A junio de 2007.

La Mortalidad Materna es uno de los principales indicadores de Salud Pública, mide calidad de los servicios de salud, capacidad de respuesta de las IPS, referencia y contrarreferencia, e indirectamente el grado de desarrollo de un país.

La implementación de la estrategia de choque para la disminución de la mortalidad materna, indiscutiblemente ha rendido sus frutos. La tendencia en Caldas es al descenso progresivo, además por cada muerte materna se realiza COVE ampliado, en donde se define un plan de cumplimiento por parte de las IPS implicadas en el caso, así en el municipio se tiene conformado el Comité de Mortalidad Materno perinatal y se cuenta con un plan de choque pese a que desde el año 2005 afortunadamente no se han presentado muertes maternas en el municipio. Colombia para 2005 presentó una tasa de 78.7 por 100.000 nacidos vivos, y hay un interés marcado de reducirla antes del año 2010 a menos de 50 por 100.000 nacidos vivos.

La cobertura de cuatro controles prenatales por embarazo, se ha incrementado favorablemente en el municipio, llegando a incrementar al 95% los controles prenatales y se espera que con el apoyo de las IPS se pueda llevar al 98% (con más de 5 controles) para el 2008.

La cobertura del parto institucional, es uno de los indicadores que más ha mejorado en el país en los últimos 10 años, lo que se espera en adelante es lograr que la calidad siga pareja a la cobertura. En el municipio se ha mejorado notablemente en este aspecto, logrando alcanzar el 98% la cobertura de parto institucional por encima del nivel nacional y departamental, 95% y 96.5% respectivamente.

Con el aumento de cobertura en el Régimen Subsidiado, nuestro municipio alcanzó el 90% de afiliados al SGSSS, lo que teóricamente disminuye las barreras, para la adecuada y oportuna atención materno-perinatal, por ello debemos apuntarle al mejoramiento de la calidad en la atención.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

La Mortalidad Infantil es tal vez el indicador más importante a nivel mundial; en nuestro municipio se presentaron tres (3) muertes perinatales en el 2006, lo que equivale a una tasa de mortalidad perinatal X 1.000 nacidos vivos del 3.06%. En el caso de la Mortalidad en menores de 5 años, el descenso es bien contundente y se debe a la disminución constante de las enfermedades infecciosas en este grupo de edad como causa de muerte. El municipio desde el año 2005 no registra muertes en menores de cinco (5) años, esto obedece a que la IPS tiene implementada la estrategia AIEPI en su modalidad Clínica, y Comunitaria con la implementación y dotación de cinco (5) Unidades de Atención de Infección Respiratoria Aguda Comunitarias – UAIRACs y cinco (5) Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias – UROCs, en zona rural, teniendo en cuenta que el mayor

porcentaje de la población se encuentra en el área rural. Y a las continuas campañas educativas sobre AIEPI dirigidas a toda la comunidad.

Con el Censo 2005, y su respectiva conciliación, se tienen unas poblaciones más acorde con la realidad de nuestro medio, y por ello nuestras coberturas de vacunación mejoraron notablemente, dándole sentido a la evidencia técnica de nuestros cálculos poblacionales.

MORTALIDAD INFANTIL MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS INDICADORES

META 2015	LÍNEA DE BASE 2000	RESULTADO 2003	RESULTADO 2005	RESULTADO 2006	RESULTADO 2007*
Mortalidad en < de 1 año menor a 15 x 100.000 nv	546%	553.39%	0%	0%	0%
Mortalidad en < de 5 años menor a 17 x 100.000 nv	111.8%	477.13%	0%	0%	0%
Cobertura de Vacunación < de 1 año superior al 95%	83.8%	95.8%	92.23%	103.04%	94.14%



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Mortalidad por IRA < a 10 x 100.000 niños menores de 5 años	74.54%	0%	2%	0%	0%
Mortalidad por EDA < a 6 x 100.000 niños menores de 5 años	0%	39.76%	0%	0%	0%
Concordancia entre el registro de mortalidad y el SIVIGILA	68%	70%	75%	90%	98%
Porcentaje de menores de 5 años al SGSSS	SD	SD	SD	58.7%	63.69%

FUENTE: DANE, DATOS PRELIMINARES, SIVIGILA, ESTADÍSTICA DTSC

Con el mejoramiento progresivo de nuestro Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y su fortalecimiento a nivel municipal, los logros en el Sistema de Vigilancia son notables, situación que ha sido reconocida por el Instituto Nacional de Salud, y el Ministerio de la Protección Social, como resultado tangible vemos que la concordancia entre los registros de mortalidad y el SIVIGILA es óptima.

Con la cobertura Universal que se alcanzo en el año 2006, Caldas tiene el 93.6% de sus niños menores de 5 años con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud, y Pensilvania alcanzó un 58.7% y para el 2007 un 63.69%, lo que se sigue es lograr mayor cobertura para los años siguientes y mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS INDICADORES

META 2015	LÍNEA DE BASE 2000	RESULTADO 2003	RESULTADO 2005	RESULTADO 2006	RESULTADO 2007*
Porcentaje de partos en niñas	0.83%	1.17%	0.44%	0%	0.53%



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

adolescentes entre 10-14					
Porcentaje de partos en adolescentes entre 15 y 17 años	6.10%	7.56%	8.88%	10.9%	10.64%
Porcentaje de niños y adolescentes afiliados al SGSSS	40%	52%	58.6%	91.8%	92.13%
Cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva	28%	45%	54.5%	61.4%	63.7%
Prevalencia uso anticonceptivo	65%	69.6%	71.4%	72.1%	72.1%
Numero de hijos por mujer	SD	SD	SD	4	
Prevalencia VIH/SIDA población General	0%	0%	0%	0.01%	0.03%
Transmisión vertical VIH/SIDA (casos)	0	0	0	0	1

FUENTE: DANE DATOS PRELIMINARES, SIVIGILA, ESTADÍSTICA DTSC

*** A junio de 2007.**

Es una de las prioridades del nuevo Plan Nacional de Salud Pública (Ley 1122 de 2007), en Caldas se comenzó a trabajar sobre el tema desde 2003 y se construyó en 2004 el primer documento de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, en 2006 se retomó el tema se ajustó la política y se le dio un enfoque sexológico positivo a la cátedra de salud sexual para adolescentes. Por la importancia estratégica se presentó a la Honorable Asamblea Departamental como política de Estado, y fue aprobado por la Ordenanza 552 de diciembre de 2006. El Ministerio de la Protección Social, ha escogido a Caldas como Departamento piloto para la implantación de la política a nivel nacional con el enfoque sexológico. A partir del



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

año 2007, se inició el trabajo de implementar la Política de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque sexológico en el municipio.

El embarazo en adolescentes indiscutiblemente, es un problema complejo; es claro que el embarazo en adolescentes entre 10 y 14 años se considera de alto riesgo fisiológico y particularmente emocional, pero no ocurre lo mismo por encima de los 16 años, las estadísticas de complicaciones obstétricas, y mortalidad materna, esta muy alejado de estas edades (24-35 años). A pesar de todos los esfuerzos la disminución del embarazo en adolescentes ha sido poco significativo, en cambio en otras edades es del 14%, lo que significa que el descenso en la natalidad esta mediado por este ultimo grupo de edad (19-45 año), la Dirección Territorial, próximamente realizara un estudio para profundizar sobre este preocupante tema. La UNICEF, el ICBF y la Procuraduría General de la Nación, decidieron evaluar los grupos de 10-14 años y de 15-17, que técnicamente es más aceptable por ser el verdadero periodo de la adolescencia.

NUTRICIÓN MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS INDICADORES COMPLEMENTARIOS

META 2015	LÍNEA DE BASE 2000	RESULTADO 2003	RESULTADO 2005	RESULTADO 2006	RESULTADO 2007
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años*	15.14	13.8	14.9	14.89	12.10
Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años*	6.12	4.42	1.76	4.36	2.44
Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años*	10.63	9.11	8.3	8.19	7.27
Duración de la lactancia exclusiva	SD	SD	SD	SD	SD



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Porcentaje de bajo peso al nacer	2.8	2.06	2.66	2.04	1.60
----------------------------------	-----	------	------	------	------

FUENTE: DANE DATOS PRELIMINARES, SIVIGILA, ESTADÍSTICA DTSC* A junio de 2007

La Dirección Territorial de Salud, con la colaboración de la Universidad Nacional, realizó un diplomado en SAN, con el fin de capacitar a los municipios para la construcción de sus respectivos planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), con el compromiso de convertirla en Política Pública, y con programas a 10 años. Con esta realidad esperamos que en el corto plazo de cinco años, no se presente mortalidad en menores de 5 años por esta causa en nuestro territorio. En este orden de ideas, nuestro municipio elaboró en el 2007 el Plan Municipal de

Seguridad Alimentaria y Nutricional proyectado a 10 años y con el cual se busca satisfacer las necesidades de la inseguridad alimentaria en nuestra población.

Enfermedades transmisibles

Frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, el Dengue, la Malaria, la Tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual-VIH/SIDA, son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública, dada su alta carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables; afortunadamente nuestro municipio no es zona endémica para Dengue y Malaria.

CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y TASAS POR 100.000 HABITANTES MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	4	2	2	1
TASAS	21.44	11.58	11.68	5.84

FUENTE: SIVIGILA, DTSC

La tuberculosis es una enfermedad reemergente cuya prevalencia en Caldas ha presentado una tendencia descendente, sin embargo en nuestro municipio continúa presentándose casos de esta enfermedad (5 casos para el año 2007), pese a que la IPS ha incrementado diferentes estrategias como educación a la



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

comunidad a través de capacitaciones, programas y cuñas radiales y se ha intensificado la búsqueda de sintomáticos dérmicos. La cobertura de tratamiento por medio de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado – TAES DOTS es del 82% en el departamento de Caldas (Colombia 50%) y se viene desarrollando en la IPS.

CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA Y TASAS POR 100.000 HABITANTES MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	0	0	0	3
TASAS	0	0	0	11.56%

FUENTE: SIVIGILA, INS, DTSC

Realmente la incidencia anual reportada de casos de VIH/SIDA, debe ser la punta del iceberg, teniendo en cuenta que la prueba es voluntaria y no se han podido realizar tamizajes poblacionales y existe subregistro con relación a esta notificación.

CASOS NOTIFICADOS Y TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS DE VIH/SIDA CONGÉNITO, EN GESTANTES NO ASEGURADAS MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	0	0	0	0
TASAS	0%	0%	0%	0%

FUENTE: SIVIGILA, INS, DTSC

El programa de transmisión vertical para VIH/SIDA, nos ha arrojado muy buenos resultados en las gestantes no aseguradas, tal como lo muestra la tabla anterior, para ello la IPS ha incrementado sus esfuerzos en promover la prueba voluntaria de VIH/SIDA en las gestantes del municipio, tanto en las visitas domiciliarias como durante la atención de la gestante en la institución.



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Enfermedades transmitidas por vectores

Pensilvania presenta como principal enfermedad transmitidas por vectores de gran importancia en salud pública la Leishmaniasis.

**LEISHMANIOSIS CUTÁNEA NOTIFICACIÓN CASOS Y TASAS POR 100.000
HABITANTES DE POBLACIONES A RIESGO (185.000) MUNICIPIO DE
PENSILVANIA 2003-2006**

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	34	26	57	40
TASAS	131.05%	100.21%	291.70%	154.17%

FUENTE: SIVIGILA, INS, DTSC

Durante el año 2007 se presentaron nueve (9) casos confirmados de Leishmaniasis, durante los periodos 5 y 6 se presentó aumento en el numero de caos notificados 3 y 4 respectivamente. Comparado con años anteriores ha sido significativa la disminución en el número de caos notificados; esto refleja que se esta logrando el objetivo propuesto con la educación brindada a la comunidad para prevenir la picadura y la implementación de toldillos impregnados con Piretroides suministrado por la DTSC para familias que habitan en zonas de alto riesgo.

La problemática de esta enfermedad es compleja porque muchos de los casos se presentan en zonas del conflicto armado, y por ello hay subregistro, especialmente en los grupos al margen de la Ley, los tratamientos son de propiedad del estado y se aplican en forma supervisada previo diagnóstico comprobado por laboratorio.

Enfermedades crónicas no transmisibles

Referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida, cabe destacar que las crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causa de enfermedad y muerte de nuestra población.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Dentro de la estructura de causas de mortalidad en la población general, sin tener en cuenta los homicidios, los primeros lugares corresponden a enfermedad isquémica del corazón, enfermedades hipertensivas, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades cerebro vasculares, y para el noveno lugar figura, los tumores malignos del estomago. A pesar de que algunas instituciones se han preocupado por incrementar el deporte y los hábitos de vida saludable, la comunidad es todavía reacia a este tipo de actividades.

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA TODAS LAS EDADES MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2006

PUESTO	DIAGNOSTICO	CASOS	%	TASA*
1	Agresiones (homicidio)	17	16.35%	0.66
2	Enfermedad izquémica del corazón	12	11.54%	0.46
3	Enfermedades hipertensivas	11	10.58%	0.42
4	Enfermedades Crónicas vías respiratorias inferiores	10	9.62%	0.39
5	Enfermedades cerebro vasculares	7	6.73%	0.27
6	Insuficiencia renal	4	3.85%	0.15
7	Diabetes mellitus	3	2.88%	0.12
8	Insuficiencia cardiaca	3	2.88%	0.12
9	Tumor maligno del estómago	2	1.92%	0.08
10	Tumores in situs, benignos y de comportamiento incierto o desconocido y las no especificadas	2	1.92%	0.08
	TOTAL PRIMERAS CAUSAS	71	68.27%	2.74
	RESTO DE CAUSAS	33	31.73%	1.27
	TOTAL GRUPO DE EDAD	104	100%	4.01

FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES, DANE CIFRAS PRELIMINARES

*TASA POR 100.000 HABITANTES

El cáncer representa otra de las patologías crónicas que registra un incremento importante en su incidencia, y particularmente en su mortalidad.

Entre otras condiciones crónicas, cabe destacar la prevalencia de los trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas. El consumo de sustancias psicoactivas es el principal problema de salud mental en el municipio,



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

presentándose en casi todas las etapas de la vida y observándose un alto subregistro.

Entre las primeras causas de morbilidad en salud mental se encuentra el Trastorno de Ansiedad no especificado (24.03%), Trastorno Depresivo recurrente (12.40%), Episodio Depresivo (7.75%).

Violencia y lesiones de causa externa

Los efectos de violencia y lesiones de causa externa tiene alto impacto en la salud de la población, siendo los homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, las que generan mayor morbilidad y mortalidad.

MORTALIDAD POR HOMICIDIOS MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2003-2006 EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y EN TASAS POR 100.000 HABITANTES

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	25	36	20	17
TASA	94.91	137.70	77	65.54

FUENTE: DANE, ESTADÍSTICAS VITALES, DTSC

Los Homicidios continúan siendo la primera causa de mortalidad en nuestra población; esto debido al conflicto armado que se presenta principalmente en la zona rural del municipio.

MORTALIDAD POR SUICIDIOS MUNICIPIO DE PENSILVANIA 2003-2006 EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y EN TASAS POR 100.000 HABITANTES

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	3	2	2	2
TASA	11.26	7.65	7.71	7.71



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

FUENTE: DANE, ESTADÍSTICAS VITALES, DTSC

Los intentos de suicidio se han incrementado año tras año y se presentan principalmente en la población masculina y el municipio no cuenta con el apoyo profesional que realice acciones preventivas desde las primeras etapas del desarrollo e intervenciones terapéuticas requeridas.

CAPITULO V: PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales.

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil
2. La Salud sexual y reproductiva
3. La salud oral
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y la zoonosis
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición
8. La seguridad sanitaria y del ambiente
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Las prioridades en salud del Plan Nacional de Salud Pública son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud – EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial.

Los objetivos, metas y estrategias definidos en este documento serán ajustados para cada departamento, distrito y municipio del país. A las metas territoriales se le aplicarán criterios diferenciales, por población y territorio.

CAPITULO VI: RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD.

Del Municipio de Pensilvania:

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos, distritos y municipios categorías 4, 5 y 6 asumir, frente al Plan Nacional de Salud Pública, las siguientes responsabilidades:

1. Participar en el desarrollo del análisis de las necesidades y problemas de salud de la población de su territorio y de la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores de su territorio.
2. Formular con asesoría del departamento del Plan de Salud Territorial y el plan operativo anual.
3. Concertar las metas y estrategias sectoriales e intersectoriales, con la participación de la comunidad, los actores del Sistema de Protección Social y de otros sectores.
4. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial.
5. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Territorial defina el Ministerio de la Protección Social.
6. Participar en la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

7. Promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social del Plan de Salud Territorial.
8. Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en su jurisdicción.
9. Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.
10. Apoyar el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, en coordinación con el departamento.
11. Coordinar el desarrollo con el departamento la operación de la vigilancia en salud en el componente de vigilancia en salud pública.

CAPITULO VII: FINANCIACIÓN DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA.

Recursos para las acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida.

En tal sentido, las acciones de promoción de la salud competen a todos los actores del sector de la salud y por tanto sus fuentes de financiación incluyen los recursos que se destinen en el Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública; los recursos que se destinen de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención; los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones – SGP y los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación de las acciones de promoción de la salud del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas.

Las acciones de promoción de la salud incluidas en los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos destinados a la prestación de servicios de la unidad de pago por capitación – UPC de cada régimen y los recursos que adicionalmente se reconocen a las entidades promotoras de salud – EPS del régimen contributivo, por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA SECRETARÍA DE SALUD

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

Recursos para la prestación de servicios de prevención de riesgos y de recuperación y superación de los daños en salud.

Los servicios individuales de detección temprana, protección específica y atención del plan obligatorio de salud – POS para la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos de la unidad de pago por capitación – UPC correspondiente, destinados para la prestación de servicios y los recursos que adicionalmente se reconocen a las entidades promotoras de salud – EPS del régimen contributivo por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.

Para el caso de la población pobre no afiliada, estos servicios se prestan con cargo a los recursos del componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones – SGP y demás recursos que la Nación y las entidades territoriales destinan para prestación de servicios de salud y atención de urgencias.

Recursos para la vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

En el ámbito territorial la vigilancia en salud y gestión del conocimiento se financia con las rentas propias y los recursos que para el efecto las entidades territoriales asignen del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones – SGP, así como los recursos de prestación de servicios de salud destinados al desarrollo y operación del sistema de información entre otros.

Recursos para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública.

Las actividades para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública se financian con los recursos que todos los actores del sistema destinen para el fortalecimiento y desarrollo institucional provenientes de fuentes tales como, los recursos del Presupuesto General de la Nación a cargo del Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas; recursos de crédito externo y los recursos propios y de libre destinación del Sistema General de Participaciones –SGP, en el ámbito territorial. Finalmente los recursos que las entidades promotoras de salud destinen para el efecto con cargo a la proporción



**ALCALDÍA MUNICIPAL DE PENSILVANIA
SECRETARÍA DE SALUD**

PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010

de la unidad de pago por participación – UPC permitida para gastos de administración.

ANEXOS TÉCNICOS