

CONSTRUYENDO CONFIANZA
CARLOS ANDRES GOMEZ ESCOBAR



PLAN TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPIO DE MARSELLA 2008-2011

MUNICIPIO DE MARSELLA
DIRECCION LOCAL DE SALUD
2008



PARTICIPANTES:

CARLOS ANDRES GOMEZ ESCOBAR
Alcalde Municipal

MARCELINA CHICA PALACIO
Coordinadora Local de Salud

ALEJANDRO ARIAS
Médico ESE Hospital San José

JAIME CARDONA
Técnico Saneamiento Ambiental

LUIS ANCIZAR LOPEZ CARMONA
Profesional Especializado

LORENA GUTIERREZ GOMEZ
Profesional Universitario
Secretaria de Salud

ANA MILENA ZAPATA MEJIA
Equipo Base Salud Mental
Secretaria de Salud

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. MARCO LEGAL
 - 1.1 MARCO CONSTITUCIONAL
 - 1.2 NORMATIVIDAD

- 2 MARCO TEORICO
 - 2.1 EL OBJETIVO
 - 2.2 ENFOQUES Y PROPOSITOS
 - 2.3 PRINCIPIOS
 - 2.4 LINEAS DE POLITICA
 - 2.5 RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD

3. ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE MARSELLA
 - 3.1 CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO
 - 3.2. GENERALIDADES
 - 3.3 LIMITES
 - 3.4 ASPECTOS GEOGRAFICOS
 - 3.5 HIDROGRAFIA
 - 3.6 ECONOMIA
 - 3.7 FACTORES DE RIESGO NATURAL

- 4 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLOGICO
 - 4.1 SITUACION DE SALUD
 - 4.2 SALUD AMBIENTAL
 - 4.3 ASEGURAMIENTO EN SALUD
 - 4.4 SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES
 - 4.5 DIRECCIÓN DEL SISTEMA
 - 4.6 PARTICIPACIÓN SOCIAL
 - 4.7 DIAGNÓSTICO FINANCIERO

- 5 PROCESAMIENTO ESTRATÉGICO BAJO EL ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO
 - 5.1 VISION
 - 5.2 MISIÓN
 - 5.3 ANALISIS SITUACIONAL
 - 5.4 DESCRIPCIÓN Y PRORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS, IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS Y SOLUCIONES



6. PLANEACION INDICATIVA EN SALUD

INTRODUCCION

En la actualidad Colombia está pasando por un proceso de transformación política, administrativa y fiscal como respuesta al cambio en las políticas internacionales; estas reformas tienen repercusión en sectores sociales como salud, importante si consideramos que para el desarrollo de un país es necesario que su capital humano goce de bienestar. Para ello se debe trascender en dicho sector innovando en sus organizaciones con modelos de desarrollo que busquen la equidad.

El nuevo orden comienza a plasmarse en la actual Constitución Colombiana a través de los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad en lo correspondiente a la seguridad social, desarrollados en la Ley 100 de 1993 y 715 de 2001. Dichos principios se materializan con la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía, el establecimiento de las competencias entre las entidades territoriales, la priorización de la población pobre y vulnerable, la ampliación de cobertura y el interés por el mejoramiento en la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Lo importante desde el punto de vista científico - técnico de la atención en salud es concebir el "Sistema de Salud" como un proceso multifactorial e intersectorial, donde convergen el ambiente, el comportamiento social, los factores genéticos y demás determinantes que pueden tener incidencia en el bienestar de la población.

El presidente de la república en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la constitución política y los artículos 154 de la ley 100 de 1993, 42 de la ley 715 del 2001 y 33 de la ley 1122 del 2007, emitió el decreto número 3039, mediante el cual se adoptó el plan nacional de salud pública, que para el efecto de la vigencia será el plan territorial de salud 2008-2011.

La intencionalidad al elaborar el diagnóstico de la situación de salud es recalcar la importancia que este reviste para el municipio, al permitir encausar y dirigir los recursos y esfuerzos hacia las necesidades, prioritarias y focalizando la acción del Subsector; con el fin de definir alternativas de solución.

La elaboración del plan municipal de salud pública se acoge a la reglamentación de la resolución 425 con sus anexos.

1. MARCO LEGAL

1.1 MARCO CONSTITUCIONAL

1.1.1 Artículo 339. Habrá un Plan Nacional de Desarrollo conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalarán los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el gobierno. El plan de inversiones públicas contendrá los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución.

Las entidades territoriales elaborarán y adoptarán de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional, planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo.

En este artículo se señala la obligación de contar con un plan de desarrollo territorial, y vislumbra la estructura del mismo con un componente estratégico y otro de inversiones.

1.1.2 Artículo 340. Habrá un Consejo Nacional de Planeación integrado por representantes de las entidades territoriales y de los sectores económicos, sociales, ecológicos, comunitarios y culturales. El Consejo tendrá carácter consultivo y servirá de foro para la discusión del Plan Nacional de Desarrollo.

En las entidades territoriales habrá también Consejos de Planeación, según lo determine la ley. El Consejo Nacional y los consejos territoriales de planeación hacen parte del Sistema Nacional de Planeación.

Se establece el mecanismo formal a través de la cual la sociedad organizada participa en los procesos de planeación territorial, de tal forma que democráticamente se legitime las inversiones a través de la participación social.

1.2 NORMATIVIDAD

1.2.1 Ley 152 de 1994 – Ley orgánica del plan de desarrollo.

1.2.1.1 Principios generales: artículo 3. Los principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades nacionales, regionales y territoriales, en materia de planeación son:

a. Autonomía. La nación y las entidades territoriales ejercerán libremente sus funciones en materia de planificación con estricta sujeción a las atribuciones que a cada una de ellas se les haya específicamente asignado en la Constitución y la Ley, así como a las disposiciones y principios contenidos en la presente Ley Orgánica.

b. Ordenación de competencias. En el contenido de los planes de desarrollo se tendrán en cuenta, para efectos del ejercicio de las respectivas competencias, la observancia de los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

c. Coordinación. Las autoridades de planeación del orden nacional, regional y de las entidades territoriales, deberán garantizar que exista la debida armonía y coherencia entre las actividades que realicen a su interior y en relación con las demás instancias territoriales, para efectos de la formulación, ejecución y evaluación de sus planes de desarrollo.

d. Consistencia. Con el fin de asegurar la estabilidad macroeconómica y financiera, los planes de gasto derivados de los planes de desarrollo deberán ser consistentes con las proyecciones de ingresos y de financiación, de acuerdo con las restricciones del programa, financiero del sector público y de la programación financiera para toda la economía que sea congruente con dicha estabilidad.

e. Prioridad del gasto público social. Para asegurar la consolidación progresiva del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, en la elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo de la nación y de las entidades territoriales se deberá tener como criterio especial en la distribución territorial del gasto público el número de personas con necesidades básicas insatisfechas, la población y la eficiencia fiscal y administrativa, y que el gasto público social tenga prioridad sobre cualquier otra asignación.

- f. Continuidad. Con el fin de asegurar la real ejecución de los planes, programas y proyectos que se incluyan en los planes de desarrollo nacionales y de las entidades territoriales, las respectivas autoridades de planeación, propenderán por que aquellos tengan cabal culminación.
- g. Participación. Durante el proceso de discusión de los planes de desarrollo, las autoridades de planeación velarán por que se hagan efectivos los procedimientos de participación ciudadana previstos en la presente ley.
- h. Sustentabilidad ambiental. Para posibilitar un desarrollo socio-económico en armonía con el medio natural, los planes de desarrollo deberán considerar en sus estrategias, programas y proyectos, criterios que les permitan estimar los costos y beneficios ambientales para definir las acciones que garanticen a las actuales y futuras generaciones una adecuada oferta ambiental.
- i. Desarrollo armónico de las regiones. Los planes de desarrollo propenderán por la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios como factores básicos de desarrollo de las regiones.
- j. Proceso de planeación. El plan de desarrollo establecerá los elementos básicos que comprendan la planificación como una actividad continua, teniendo en cuenta la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación.
- k. Eficiencia. Para el desarrollo de los lineamientos del plan y en cumplimiento de los planes de acción se deberá optimizar el uso de los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios, teniendo en cuenta que la relación entre los beneficios y costos que genere sea positiva.
- l. Viabilidad. Las estrategias, programas y proyectos del plan de desarrollo deben ser factibles de realizar, según las metas propuestas y el tiempo disponible para alcanzarlas, teniendo en cuenta la capacidad de administración, ejecución y los recursos financieros a los que es posible acceder.
- m. Coherencia. Los programas y proyectos del plan de desarrollo deben tener una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste.
- n. Conformación de los planes de desarrollo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 339 de la Constitución Nacional, los planes de desarrollo de los niveles nacional y territorial estarán conformados por una parte general de carácter estratégico, y por un plan de inversiones de carácter operativo. Para efectos de la elaboración de los planes de inversión y con el propósito de garantizar coherencia y complementariedad en su elaboración, la nación y las

entidades territoriales deberán mantener actualizados bancos de programas y de proyectos.

Parágrafo. Para efecto de lo previsto en el literal b. de este artículo se entiende por:

Concurrencia. Cuando dos o más autoridades de planeación deban desarrollar actividades en conjunto hacia un propósito común, teniendo facultades de distintos niveles su actuación deberá ser oportuna y procurando la mayor eficiencia y respetándose mutuamente los fueros de competencia de cada una de ellas.

Subsidiariedad. Las autoridades de planeación del nivel más amplio deberán apoyar transitoriamente a aquellas que carezcan de capacidad técnica para la preparación oportuna del plan de desarrollo.

Complementariedad. En el ejercicio de las competencias en materia de planeación las autoridades actuarán colaborando con las otras autoridades, dentro de su órbita funcional con el fin de que el desarrollo de aquellas tenga plena eficacia.

1.2.3 Componentes del plan

ARTÍCULO 5. Contenido de la parte general del Plan. La parte general del plan contendrá lo siguiente:

- a. Los objetivos nacionales y sectoriales de la acción estatal a mediano, y largo plazo según resulte del diagnóstico general de la economía y de sus principales sectores y grupos sociales.
- b. Las metas nacionales y sectoriales de la acción estatal a mediano y largo plazo y los procedimientos y mecanismos generales para lograrlos.
- c. Las estrategias y políticas en materia económica, social y ambiental que guiarán la acción del Gobierno para alcanzar los objetivos y metas que se hayan definido.
- d. El señalamiento de las formas, medios e instrumentos de vinculación y armonización de la planeación nacional con la planeación sectorial, regional, departamental, municipal, distrital y de las entidades territoriales indígenas; y de aquellas otras entidades territoriales que se constituyan en aplicación de las normas constitucionales vigentes.

ARTÍCULO 6. Contenido del Plan de Inversiones. El plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional incluirá principalmente:

- a. La proyección de los recursos financieros disponibles para su ejecución y su armonización con los planes de gasto público.
- b. La descripción de los principales programas y subprogramas, con indicación de sus objetivos y metas nacionales, regionales y sectoriales y los proyectos prioritarios de inversión.
- c. Los presupuestos plurianuales mediante los cuales se proyectarán los costos de los programas más importantes de inversión pública contemplados en la parte general.
- d. La especificación de los mecanismos idóneos para su ejecución.

ARTÍCULO 7. Presupuestos Plurianuales. Se entiende por presupuestos plurianuales la proyección de los costos y fuentes de financiación de los principales programas y proyectos de inversión pública, cuando éstos requieran para su ejecución más de una vigencia fiscal.

Cuando en un sector o sectores de inversión pública se hubiere iniciado la ejecución de proyectos de largo plazo, antes de iniciarse otros, se procurará que los primeros tengan garantizada la financiación hasta su culminación.

1.2.1.2. 1 Componentes del plan a nivel territorial. ARTÍCULO 31. Contenido de los planes de desarrollo de las entidades territoriales. Los planes de desarrollo de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones a mediano y corto plazo, en los términos y condiciones que de manera general reglamenten las Asambleas Departamentales y los Concejos Distritales y Municipales o las autoridades administrativas que hicieren sus veces, siguiendo los criterios de formulación establecidos en la presente ley.

1.2.1.3 Alcance. ARTÍCULO 32. Alcance de la planeación en las entidades territoriales. Las entidades territoriales tienen autonomía en materia de planeación del desarrollo económico, social y de la gestión ambiental, en el marco de las competencias, recursos y responsabilidades que les han atribuido la Constitución y la ley.

Los planes de desarrollo de las entidades territoriales, sin perjuicio de su autonomía, deberán tener en cuenta para su elaboración las políticas y estrategias del plan nacional de desarrollo para garantizar la coherencia.

1.2.1.4 Concordancia de la planeación entre los diferentes niveles territoriales. ARTÍCULO 45. Articulación y Ajuste de los Planes. Los planes de las entidades territoriales de los diversos niveles, entre sí y con respecto al plan nacional, tendrán en cuenta las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo y le dan coherencia a las acciones gubernamentales. Si durante la vigencia del plan de las entidades territoriales se establecen nuevos planes en las entidades del nivel más amplio, el respectivo mandatario podrá presentar para la aprobación de la Asamblea o del Consejo, ajustes a su plan plurianual de inversiones, para hacerlo consistente con aquellos.

Queda claro en el marco de la ley orgánica de planeación que se debe formular un plan de desarrollo territorial, en donde el plan sectorial es solamente un componente del mismo y no un plan paralelo.

1.2.4 Ley 715 de 2001.

Con respecto a la planeación, la ley 715 le asigna la competencia a los departamentos en los aspectos relacionados con el sector de la salud los siguientes elementos:

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental (Hoy Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – Ley 1122 de 2007).

Artículo 54. *Organización y consolidación de redes.* El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo 1°. Para garantizar la efectiva organización y operación de los servicios de salud a través de redes, los planes de inversión de las instituciones prestadoras de salud públicas deberán privilegiar la integración de los servicios. Para el conjunto de servicios e instalaciones que el Ministerio de Salud defina como de control especial de oferta, las Instituciones Prestadoras de Salud, sean públicas o privadas, requerirán de la aprobación de sus proyectos de inversión por el Ministerio de Salud.

1.2.5 Leyes Marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está ampliamente reglamentado por las leyes 10 de 1990, 100 de 1993 modificada por la Ley 1122 de 2007 y 715 de 2001 y en otros aspectos financieros por la ley 643 de 2001.

1.2.6 El Decreto 3039 de 2007. Adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

1.2.7 La Resolución 0425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades Territoriales.

2 .MARCO TEÓRICO

El Plan municipal de Salud Pública recoge los compromisos adquiridos por el municipio en el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, así como los compromisos nacionales y departamentales en temas específicos enmarcados en el Decreto 3039 de 2007..

2.1 EL OBJETIVO:

Fomentar las capacidades y generar en los individuos y la comunidad marsellés, las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno, con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con autonomía individual y colectiva y calidad de vida.

2.2 ENFOQUES Y PROPÓSITOS

El Plan municipal de Salud Pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población del municipio

La Formulación y Desarrollo del Plan municipal de Salud Pública es el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales con el propósito de:

2.3 PROPOSITOS

Trabajar por la salud de los habitantes de Marsella
Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad
Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica
Disminuir las inequidades en salud de la población de Marsella

Para ello se articulan los siguientes enfoques:

Enfoque poblacional (Intervenciones en salud en población en general)
Enfoque de determinantes (Factores directos que inciden en forma directa en el estado de salud)
Enfoque de gestión social del riesgo (Soluciones frente al riesgo en poblaciones específicas)

2.4 PRINCIPIOS

Los principios que guían el Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes.

UNIVERSALIDAD

EQUIDAD

INTERSECTORIALIDAD

CALIDAD

EFICIENCIA

RESPONSABILIDAD

PARTICIPACION SOCIAL

RESPECTO POR LA DEVERSIDAD CULTURAL Y ETNICA

2.5 LÌNEAS DE POLITICA:

El Ministerio de la Protección Social, 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.

LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA

LA VIGILANCIA EN SALUD Y GESTION DEL CONOCIMIENTO

PREVENCION DE LOS RIESGOS

LA RECUPERACION Y SUPERACION DE LOS DAÑOS EN SALUD,

LA GESTION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA

Estas líneas buscan armonizar y articular La Coordinación Local de Salud, las EPS, las ARP, las IPS, la sociedad civil organizada, y demás sectores sociales, para garantizar:

La ampliación de cobertura y la accesibilidad al servicio

La atención integral con calidad

La eliminación de barreras e iniquidades

La vigilancia y control de la gestión en salud

2.6. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD EN LA FORMULACIÓN DEL PLAN:

2.6.1 De las EPS:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con la Coordinación Local de Salud para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan de Salud Municipal, de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
3. Formular el plan operativo de acción anual para sus afiliados en el municipio, de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
4. Participar en la elaboración del Plan de Salud municipal.
5. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública incluidas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado.
6. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoria para las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS que hacen parte de su red que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan de Salud municipal.
7. Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
8. Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.
9. Realizar seguimiento y análisis por cohortes, de pacientes con tuberculosis, infección por VIH, insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes e hipertensión y cualquier otra condición priorizada, tal como lo defina el Ministerio.

10. Adoptar el sistema de evaluación por resultados y rendición de cuentas.
11. Participar en la operación de la vigilancia en salud, en sus componentes de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.
12. Cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, que le corresponden.

2.6.2 De las Administradoras de Riesgos Profesionales:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con la Coordinación Local de Salud para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas relacionadas con los riesgos ocupacionales en el Plan de Salud municipal, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.
3. Definir y desarrollar el plan anual de acción de prevención de riesgos profesionales frente a sus empresas afiliadas, con base en riesgos prioritarios a los cuales están expuestos sus afiliados en función de la actividad económica, el tamaño de empresa y la accidentalidad, de acuerdo con las instrucciones que en tal sentido imparta el Ministerio
4. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública y de vigilancia en salud en el entorno laboral.
5. Garantizar la atención y rehabilitación de los daños ocasionados por las enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.
6. Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.

2.6.3 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Adoptar y aplicar las políticas, normas técnico-científicas, administrativas y financieras requeridos para el cumplimiento de las metas del Plan.
2. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.
3. Implementar mecanismos de seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud y prevención de los riesgos.
4. Generación de la información requerida por el sistema de información.
5. Participar en la operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Las prioridades en salud del Plan municipal, son de estricto cumplimiento en el municipio y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud - EPS, en coherencia con los perfiles de salud de su población.

Los objetivos, metas y estrategias, definidos en este documento serán ajustados para cada institución de acuerdo a su propio diagnóstico, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural. Los Objetivos de Las prioridades nacionales y departamentales acogidas por el municipio de acuerdo al análisis situacional son:

- Mejorar la situación nutricional
- Mejorar la salud infantil
- Mejorar la salud oral
- Salud ocupacional
- Prevenir las enfermedades transmisibles y las zoonosis
- Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental
- Mejora la salud sexual y reproductiva
- Mejorar la salud mental
- Fortalecimiento de la gestión para el desarrollo operativo
- Prevenir y controlar enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad



3. ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO

3.1 CARACTERIZACION DEL MUNICIPIO DE MARSELLA

Reseña del Municipio

El Municipio esta localizado en la cuenca del río cauca, a el afluyen los ríos San francisco y la Quebrada de la Nona como tributarios principales del orden Municipal. Dentro del esquema de sub-regionalización que la Carder ha adoptado para la planificación y gestión ambiental en el departamento, el municipio corresponde a la subregión 1 Ubicado sobre la vertiente oriental del río cauca que va desde, el parque de los nevados hasta el río cauca, en un principio estuvo ocupado por la sociedad de indígenas Quimbayas y en 1860 fue fundado por José Bedoya, Valeria Pineda, Nicomedes Giraldo. Sus terrenos montañosos están regados por los ríos cauca y San francisco y esta ubicado a 1575 mts. sobre el nivel del mar, las actividades económicas mas significativas son la agricultura y la ganadería como sitios turísticos se destacan la reserva forestal la Nona, parque de la Pola , ecohotel Los lagos y el bosque Don Manuel, atractivos como el cementerio construido en forma de terrazas, cuya arquitectura se remonta a la época del diseño barroco con una temperatura de 19 grados a 31 kilómetros de Pereira

3.2 GENERALIDADES

- Fecha de Fundación 1860
- Gentilicio: Marsellés
- Número de Veredas 33
- Población 20683 DANE 2005
- Fecha de Creación 1904

3.3. LÍMITES

El municipio de Marsella limita al Norte con Belalcázar y Chinchiná, al oriente con los municipios de Chinchiná y Santa Rosa de Cabal, al occidente con los municipios de Belalcázar y la Virginia, y al sur con los municipios de Pereira y Dosquebradas.



3.4. ASPECTOS GEOGRAFICOS

La cabecera municipal esta situada en la parte superior de la cordillera que separa al río Cauca del río San Francisco. La cima presenta una depresión topográfica limitada al oriente por una serie de montículos que interrumpen en las fuertes pendientes que limitan el valle del río San Francisco al occidente la divisoria de aguas está dada por la cuchilla Los Pinos, que tiene una dirección norte-sur el resultado de esta disposición topográfica es la localización de Marsella en una especie de cubeta alargada, drenada por cuencas cortas orientadas en la misma dirección. El área urbana de Marsella

está localizada en una depresión elevada, con pendientes moderadas. Por cercanía al macizo volcánico Ruiz-Tolima presenta un grueso manto de ceniza volcánica que constituye la formación más importante del área.

3.5 HIDROGRAFÍA.

Riegan sus tierras el río Cauca y el río San Francisco, que a su vez sirven de límites con los municipios vecinos, el río San Francisco que recorre una extensión de 18 Km... y su cuenca hidrográfica comprende un área total de 87 Km. Otra fuente hídrica del municipio, es la quebrada de La Nona, que surte al acueducto municipal. La quebrada El Guayabo que nace en el Alto de La Escalera, en su recorrido surte de aguas a fincas con ganado, posee varias especies de peces como sabaletas, bocachicos, bagres y capitanes.

La quebrada Santa Teresa en la cual se encuentra una fuente de agua salada, así mismo aparecen otras quebradas como Las Tazas, La Arenosa, La Carolina, Los Chancos, La Mica, Sabaletas, Alegrías y La María.

3.6. ECONOMIA

La actividad agrícola cuenta con 5.886,9 hectáreas cultivadas en café, siendo así su economía netamente agrícola (cacao, café, caña panelera, cítricos, guadua, maíz, plátano, tomate, yuca).

3.7. FACTORES DE RIESGO NATURAL

Las características geográficas exponen a la población marsellés a riesgos de origen natural en la zona urbana en el barrio la Aurora, sector antiguo camino al Alto Cauca donde se presentan desprendimientos y huellas de derrumbe. Este talud hace parte de la corona de un antiguo deslizamiento de grandes dimensiones. El sector del antiguo matadero presenta suelos con proceso de socavación de orillas de la quebrada la Aurora y represamientos por movimientos de masa aguas arriba sector quebrada el chiflón donde se dan deslizamientos intermedios por el gradiente hidráulico, sector San Luís presentan deslizamientos rotacionales que pueden tener una inestabilidad potencial, sectores de llenos hidráulicos no controlados en la Avenida Villa Rica, Barrio Simón Bolívar, Noreste de la Plaza Principal, en la parte urbana con problemas de inestabilidad, de aguas subterráneas y fugas de las redes de acueducto y alcantarillado.



3.7.1. AMENAZAS POR INUNDACIONES Y AVALANCHAS:

Zonas de alto riesgo y susceptibilidad al represamiento por las quebradas El Socavón, el Chiflón, La Aurora y La Liberia.

4. SITUACION DE SALUD

4.1. INTRODUCCIÓN

El perfil epidemiológico es el insumo básico y orientador en la elaboración del Plan municipal de salud que a su vez hace parte del plan de desarrollo municipal.

El presente perfil epidemiológico, se construyó tomando como fuente la información aportada por las instituciones prestadoras de servicios de salud en el municipio, en especial por la ESE hospital san José;

la identificación de las principales causas de enfermedad y muerte de la población se hizo teniendo en cuenta aspectos sociodemográficos, económicos, políticos y culturales, que de manera permanente y diversa interactúan en las comunidades, dando como resultado un entorno de vida propio que no solo explica el fenómeno sino que también pasa a ser factor primordial en la solución del mismo.

4.2 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLOGICO

4.2.1 Primeras Causas de Consulta:

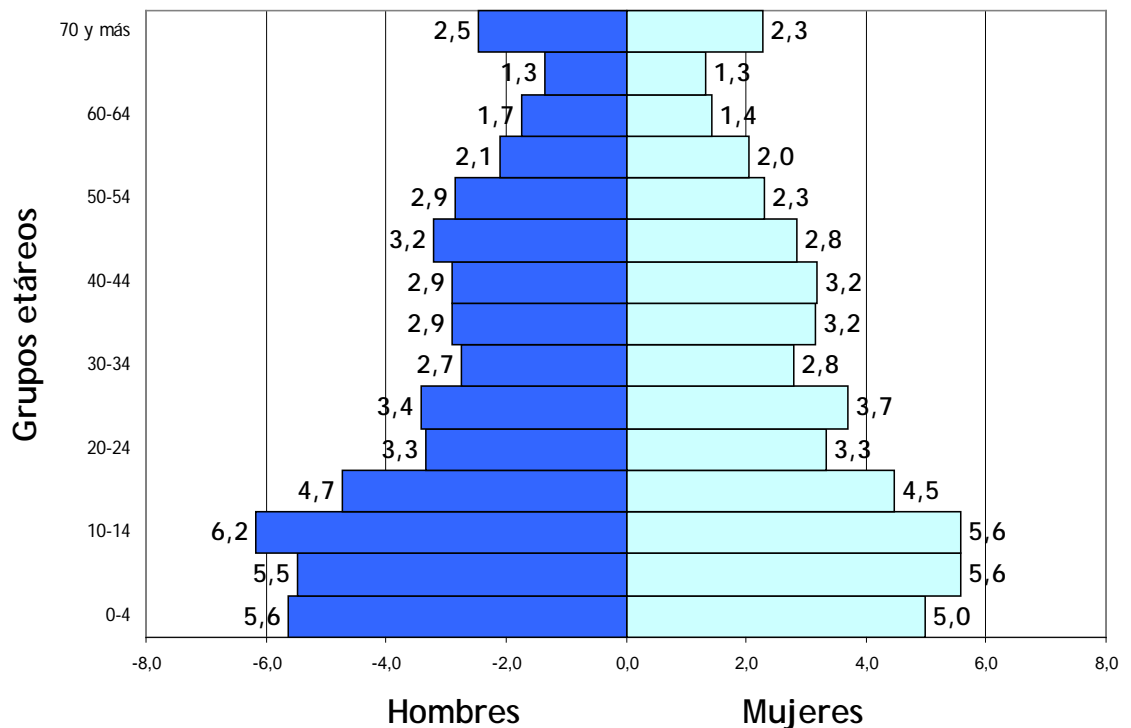
Hipertensión Arterial
Control de Salud de Rutina del niño
Consejo y Asesoramiento general sobre anticoncepción
Caries de la Dentina
Examen Medico General
Supervisión de Embarazo Normal no Identificado
Examen Durante el Periodo de Crecimiento Rápido
Infección de Vías Urinarias Sitio no Especificado
Cefalea
Caries Limitada al Esmalte
Fiebre No Especificada
Examen del Estado de Desarrollo del Adolescente
Rinofaringitis Aguda
Lumbago no Especificado
Gastritis no Especificada
Supervisión de Embarazo de Alto Riesgo
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso
Embarazo Confirmado
Infección Viral no Especificada
Parasitosis Intestinal

Vaginitis Aguda
 Raíz Dental Retenida
 Enfermedad Inflamatoria del Cuello Uterino
 Amigdalitis Aguda no Especificada
 Otros Dolores Abdominales y los No Especificados
 Estado Asmático
 Bronconeumonía no Especificada
 Amigdalitis Aguda debida a otros Microorganismos
 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
 Otitis Media No Especificada
 Infección Intestinal Bacteriana
 Seguimiento Posparto de Rutina
 Influenza con Otras Manifestaciones Respiratoria
 Otras Gastritis Agudas
 Heridas de Dedos de La Mano
 Traumatismo no Especificado
 Asma No Especificada
 Supervisión de Otros Embarazos Normales
 Faringitis Aguda no Especificada

4.1.3. PERFIL DEMOGRÁFICO

4.1.3.1. PIRÁMIDE POBLACIONAL

Figura 1. Pirámide poblacional Marsella 2005





La pirámide poblacional es una representación gráfica que permite apreciar el tamaño de la población agrupada por sexo y grupos de edad. La pirámide poblacional es de gran utilidad pues muestra por varias generaciones los patrones de natalidad y mortalidad.

4.1.3.2. Densidad Poblacional del municipio 2008

Municipio	Total	%
Marsella	21979	2,4

Fuente: DANE, censo general 2005. Datos proyectados 2008

4.1.3.3. Población total y habitantes por km² según división político administrativa Marsella 2005

Municipio	Población	Extensión km ²	Hab km ²
Marsella	21979	149	148
Total departamento	914170	3653	250

Fuente: DANE, censo general 2005. Datos proyectados 2008

La distribución porcentual poblacional por los grupos etáreos establecidos por el nivel nacional para las programaciones de las actividades, procedimientos e intervenciones de interés en salud pública se presenta en la siguiente tabla poblacional:



TABLA POBLACIONAL:

	Grupos Etéreos	Población	%
1	Total de niños de 2 meses de edad y <	22	0,1%
2	Total de niños de 1 año	286	1,3%
3	Total de niños de 18 meses de edad	22	0,1%
4	Total de niños de 1 y 10 años	791	3,6%
5	Total de personas de 2 a 19 años	8.088	36,8%
6	Total de personas de 20 años y más	13.363	60,8%
7	Total de personas de 12 años y más	17.363	79,0%
8	Total de personas de 5 a 19 años	7.319	33,3%
9	Total de personas de 3 a 4 años	549	2,5%
10	Total de personas de 5 a 6 años	879	4,0%
11	Total de personas de 7 a 11 años	2.440	11,1%
12	Total personas de 12, 13, 14 y 15 años	2.044	9,3%
13	Total de mujeres de 15 a 49 años	6.176	28,1%
14	Total de niños de 3 meses o menos	44	0,2%
15	Total de niños de 4 a 6 meses de edad	73	0,3%
16	Total de niños de 7 a 9 meses de edad	66	0,3%
17	Total de niños de 10 a 12 meses	66	0,3%
18	Total de niños de 13 a 23 meses	242	1,1%
19	Total de niños de 13 a 16 meses	73	0,3%
20	Total de niños de 17 a 20 meses	88	0,4%
21	Total de niños de 21 a 24 meses	110	0,5%
22	Total de niños de 2 años de edad	220	1,0%
23	Total de niños de 25 a 30 meses	110	0,5%
24	Total de niños de 31 a 36 meses	132	0,6%
25	Total de niños de 3 a 9 años	2.813	12,8%
26	Total de personas de 10 a 13 años	2.022	9,2%
27	Total de personas de 14 a 16 años	1.626	7,4%
28	Total de personas de 17 a 21 años	2.242	10,2%
29	Total de personas de 22 a 24 años	945	4,3%
30	Total personas de 45, 50, 55,60, 65, 70, 75, y 80 años	1.253	5,7%
31	Total mujeres de 25 a 69 años	5.539	25,2%
32	Total mujeres de 50 años y más	2.308	10,5%
33	Total personas de 4, 11, 16 y 45 años	1.561	7,1%
34	Niños de 3 a 15 años	5.912	26,9%
35	Mujeres de 10 a 13 años	967	4,4%
36	Población de 65, 70, 75 y 80 años	418	1,9%
37	Población de 5 años	352	1,6%
41	Niños de 3 a 5 años	901	4,1%
42	Niños de 6 a 8 años	1.451	6,6%
43	Niños de 9 a 11 años	1.517	6,9%
44	Población de 55, 65, 70, 75 y 80 años	574	
45	Niños menores de un año	220	
46	Total mujeres de 15 a 44 años	5.561	25,3%
47	Total hombres de 15 a 44 años	5.386	24,5%
48	Total de personas de 45 a 59 años	2.426	11,0%
49	Total de personas mayores de 60 años	1.598	7,3%
50	Niños de 10 años	506	
51	Niños de 2 a 10 años	3.561	



Personas de 11 y más años	17.913	
Total	21.979	100,0%

4.1.4. Salud Materna e Infantil

Casos y tasas de mortalidad infantil en el Municipio 2.005

Municipio	Casos	Tasa (1000 nv)
Marsella	3	9,3
Total departamento	151	11,7

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005. Datos preliminares

Casos y tasas de mortalidad en menores de 5 años en el Municipio 2.005

Municipio	Casos	Tasa (100000 <5 años)
Marsella	4	182
Total departamento	195	267

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005. Datos preliminares

En el año 2.005 Marsella presentó 246 casos de enfermedad diarreica aguda y 731 casos de infección respiratoria aguda

4.1.5 La salud sexual y reproductiva

4.1.5.1 La tasa de fecundidad y natalidad en el Municipio es de 13.3%

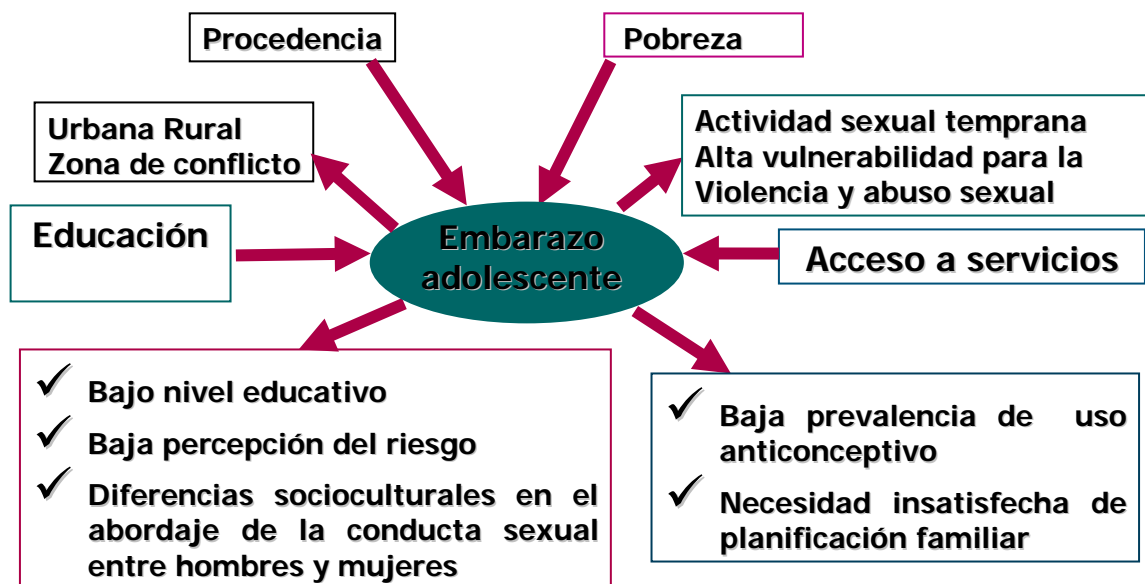
4.1.5.2 Línea de base Municipio año 2005

% de embarazos en adolescentes	49%
% de captación de gestantes.	98,4%
% de embarazos no deseados	No existen datos
Tasa de Mortalidad Materna	0
Tasa de fecundidad	48.5

% de parto Institucional	77,8%
% de gestantes tamizadas para VIH	96%
% Transmisión Madre-Hijo del VIH:	0
Cobertura Acumulada con Citología	29,5%
Tasa de incidencia en VIH X100.000 Hb.	0
% de gestantes captadas en el 1er trimestre de gestación.	72,4

4.1.6. Fecundidad en adolescentes:

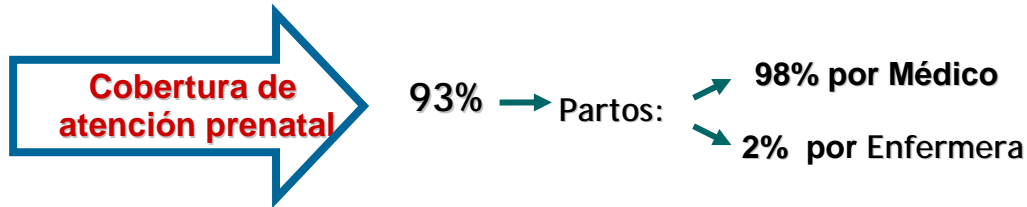
Determinantes de la Fecundidad en Adolescentes



Fuente: política nacional de salud sexual y reproductiva

El embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública para el municipio. Al respecto para el año 2006, el 25% de nacidos vivos lo fueron de madres entre los 10 y los 19 años de edad, Marsella con el 31% a nivel Departamento

CUIDADO PRENATAL



- ✓ El 85% de las gestantes tuvo 6.9 o mas consultas de control prenatal
- ✓ El 78% de las gestantes captadas, fueron a la primera cita en el 1er trimestre de gestación durante el 2006

En el año 2005, se diagnosticaron 2 casos nuevos de infección por VIH, con una incidencia de 9.7 por 100.000 habitantes. Por género, el 100% de casos ocurrieron en hombres.

4.1.7. Enfermedades Transmisibles:

Para la tuberculosis en todas sus formas durante el año 2006 se presentaron 2 casos, igual que en el 2005.

Respecto a la lepra no se presentaron casos.

Con relación a la rabia humana, no se presentan casos en el municipio.

.4.1.8. Enfermedades Crónicas no Transmisibles:

Según el perfil epidemiológico de morbilidad se encuentra que las enfermedades cardiovasculares representan las primeras causa en todos los municipios del departamento incluyendo a Marsella

4.1.9. Enfermedades Mentales:

En relación con los trastornos mentales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, al menos el 11,8% de la población de la región central, ha padecido alguna vez en su vida este tipo de problema, contra una prevalencia nacional de 10,6%, siendo la prevalencia anual para la región central de 3,6%, levemente superior a la nacional que se situó en el 3,0%.

4.1.10 Nutrición

Con respecto a la situación nutricional, las prevalencias de lactancia materna exclusiva (solo pecho) y total para el departamento fueron de 3,4 meses y 11,2 (ENDS, 2005), valores que son bajos frente a los estándares internacionales de 6 y 24 meses respectivamente.

Para la desnutrición crónica en menores de 5 años, el departamento presentó un valor de 6.6%, inferior al nacional que se ubicó en el 12% (ENDS); la desnutrición aguda para este mismo grupo etáreo fue de 0.8%, por debajo del dato nacional, que se situó en el 1,3% y la desnutrición global fue de 4,6%, menor que la nacional, que fue de 7,0%.

En el grupo de niños de 5 a 9 años, la desnutrición crónica fue de 11,7% (nacional = 12,6%); la desnutrición aguda fue de 0,8% (nacional = 1,1%) y la desnutrición global fue de 4,5% menor que la nacional que fue de 5,4% (ENDS 2005).

Finalmente en el grupo de 10 a 17 años, la desnutrición crónica fue igual al 15,3% (nacional = 16,2%) y la desnutrición global fue de 5,9% contra un estimado nacional de 6,6% (ENDS 2005).

Para el año 2006, las deficiencias y anemias nutricionales fueron responsables de 23 muertes en el departamento (0,5% del total de muertes, tasa de 47,1 por 100.000 habitantes).

4.1.11 Abuso del consumo de Sustancias Psicoactivas

De acuerdo al último estudio de Rumbos: "El consumo de sustancias no se distribuye uniformemente en el país: en 1992 y 1996, la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) calculó que era Antioquia el departamento con mayor porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas ilegales (con un 2,5% de consumidores activos en 1996), seguido por Risaralda, Caldas y Valle. Se sabe también que el consumo de psicoactivos ilegales es más frecuente en zonas urbanas que en rurales." En el mismo estudio se hace una caracterización mas precisa en la cual se señala: "Un primer grupo caracterizado por un alto consumo en todas las sustancias: Medellín, las tres capitales del Eje Cafetero (Caldas, Risaralda y Quindío), Cali, Popayán y Mocoa". (Encuesta Nacional Programa Presidencial Rumbos 2001)

Según el estudio de tendencias realizado por Scopetta (2002), se encuentra que muchas de las tendencias relacionadas allí se presentan en el departamento de Risaralda, entre ellas se identifican: El consumo tiende al aumento, el consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas, el

consumo se inicia a edades cada vez más tempranas, las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres, parecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias.

La aparición de nuevas sustancias deja en evidencia la deficiencia en la capacidad de prestación en los servicios de salud de primer y segundo nivel para el manejo de la desintoxicación, manejo de síndromes de abstinencia, manejo ambulatorio, y entrenamiento adecuado en los protocolos de manejo para esta población.

La falta de cobertura o la poca posibilidad económica de acceder a las instituciones privadas que se ocupan de la problemática a nivel departamental, ha facilitado la proliferación de centros de tratamiento y rehabilitación que no cuentan con las condiciones locativas, técnicas o de conocimiento que permitan hacer frente a la problemática de manera pertinente y responsable. El Ministerio de la Protección Social expide la resolución 1315 de 2006 en la cual se establecen los requisitos para la habilitación de estas instituciones, sin embargo estas están lejos de alcanzar los estándares exigidos y corren el riesgo de ser clausuradas; no obstante, el departamento no cuenta con la capacidad para responder a la demanda que se tendría de cerrarse estos centros.

Los nuevos cambios consignados en la Política Nacional para la reducción del consumo de SPA y en la Ley 1098 del 2006, le plantean como reto los municipios, establecer las condiciones necesarias para el afrontamiento de la problemática de consumo y abuso de SPA, a través del diseño e implementación de estrategias de prevención.

4.2 SALUD AMBIENTAL

Las condiciones sanitarias del medio ambiente constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de una serie de patologías como IRA, EDA, escabiosis, dermatitis, parasitismo intestinal, dengue y otras ETV, entre otras, asociadas con deficiencias en las condiciones sanitarias en la vivienda, la prestación y calidad de los servicios públicos, hábitos higiénicos (aseo de la vivienda, higiene personal), del mal estado de los establecimientos objeto de interés sanitario (matadero, plaza de mercado, cementerio, planta de tratamiento, etc.) evidentes en los perfiles epidemiológicos municipales.

4.2.1 Panorama general de factores de riesgo en salud ambiental del Municipio de Marsella

A partir de la ley 715 de 2001, el desarrollo de las competencias en materia de salud ambiental consideradas en el PLANASA (Plan Nacional de Salud Ambiental) para doce de los catorce municipios de categoría 4ª, 5ª y 6ª del Risaralda hasta el año 2005, se realizaron de manera directa por parte de la Secretaria de Salud Departamental a través de convenios con las administraciones municipales y la contratación de técnicos de saneamiento ambiental para prestar los servicios de vigilancia y control (uno por municipio lo que es insuficiente).

En la zona urbana de los municipios de categoría 4 5 y 6, dentro de los cuales se encuentra el municipio de Marsella, se presentan deficiencias sanitarias resultantes de la falta de inversiones integrales y sostenibles en la infraestructura sanitaria municipal: matadero de bovinos, aves y porcinos, ausencia sistemas de tratamiento de aguas residuales, economía informal, elaboración y venta de alimentos, expendio de agroquímicos.

Mientras tanto en la zona rural (siendo principalmente preocupante las zonas indígena y de estación Pereira) se concentran los problemas más evidentes de deficiencias en la prestación de servicios públicos y contaminación de recursos naturales: bajas coberturas de acueducto y alcantarillado, contaminación del agua para el consumo humano, deficiencias en el manejo de residuos sólidos, uso irracional de abonos y plaguicidas, limitada accesibilidad a servicios de salud, desarrollo de actividades agrícolas y pecuarias, entre otros.

Resulta destacada la explotación agrícola de cultivos como el café, el plátano, el tomate y aguacate constituyendo los principales reglones de la economía, pero siendo a su vez un factor de riesgo para la salud por la manipulación inadecuada de los plaguicidas. Donde las intoxicaciones (22 casos) corresponde al 33% de los problemas de salud publica atendidos en el hospital

4.2.3 Factores de riesgo del consumo

Sistemas de abastecimiento de agua para el consumo humano:

Área urbana: tiene una cobertura del 100% con agua potable, el municipio cuenta con una planta de tratamiento que le garantiza suministro de agua dentro de los parámetros establecidos por el decreto 1575 y la resolución 2115 de 2007. Deberá sin embargo tenerse en cuenta que los muestreos realizados consideran adicionalmente el muestreo dentro de las viviendas y establecimientos, cuya calidad puede verse afectada por la falta de mantenimiento de los tanques de almacenamiento domiciliarios, como es el caso del Municipio de Marsella, a pesar de esto tenemos que estar alertas en el manejo de las redes de distribución del agua y su manipulación adecuada al interior de las viviendas, para no afectar la calidad en su disposición final.

Área rural: la situación es crítica debido a la falta de sistemas de potabilización (plantas de tratamiento) y/o a la falta de aplicación de desinfectantes en los sistemas construidos para el tratamiento mínimo del agua para consumo humano, se tienen 35 sistemas colectivos de los cuales sólo 30 disponen de la infraestructura necesaria para la desinfección y se aplica biocida (cloro) en 25 de ellos. La discontinuidad en el suministro del mismo por parte de las alcaldías municipales, genera una alta vulnerabilidad de la población rural a las enfermedades propias de agua no potable.

ACUEDUCTOS RURALES Y URBANOS DE MARSELLA				
2007				
Nº	ACUEDUCTO RURAL, VEREDA	CON DESINFECCIÓN	SIN DESINFECCIÓN	OBSERVACIONES
1	Beltrán		1	ACUEDUCTO EN MALAS CONDICIONES SIN DESINFECCIÓN
2	Buena Vista		1	CON CASETA PARA DESINFECCIÓN, PERO SIN APLICACIÓN DE BIOCIDA
3	Canta delicia	1		
4	Caracas	1	1	1 NO SE ESTÁ UTILIZANDO
5	Corozal	1		
6	El Guayabo	1		
7	El Rayo	1		
8	El Sinaí		1	SIN CASETA PARA DESINFECCIÓN
9	Estación Pereira	2		
10	La Argentina	1		



11	La Armenia	1	1	1 NECESITA CONSTRUCCIÓN DE TANQUE DE ALMACENAMIENTO Y CONSTRUCCIÓN DE CASETA DE CLORACIÓN
12	La Cascada		1	1 CASETA DE CLORACIÓN SIN APLICACIÓN DE BIOCIDA
13	La Ermita		1	CUENTA CON CASETA DE CLORACIÓN LA COMUNIDAD NO LO PERMITE
14	La Floresta	1		
15	La Linda	1		
16	La Miranda		1	SIN CASETA PARA DESINFECCIÓN
17	La Nubia	1	1	1 PARTE ALTA SIN CASETA PARA CLORACIÓN
18	La Oriental	1		
19	Las Tazas	1		
20	Mil Ochenta	1		
21	Miracampo		1	CUENTA CON CASETA DE CLORACIÓN LA COMUNIDAD NO LO PERMITE
22	Plan de Vivienda El Rayo	1		
23	San Andrés		1	SIN CASETA PARA DESINFECCIÓN
24	San José		1	
25	Valencia	1		
26	Alto Cauca	1		SE CONSTRUYÓ CASETA NO SE ESTA DOSIFICANDO HIPOCLORITO
27	El Pajú	1		
28	La Palma	1		
29	Siracusa	1		
30	La Linda (parte alta)	1		
31	La Ondina		1	SIN TANQUE DE ALMACENAMIENTO NI CASETA PARA DESINFECCIÓN
	Acueducto Urbano			
1	Acueducto Municipal	1		TRATAMIENTO COMPLETO

Infraestructura de los sistemas de abasto de agua: buena parte de la infraestructura sanitaria que ha sido construida en el departamento del Risaralda le correspondió al Comité Departamental de Cafeteros, a la Gobernación del Risaralda (Servicio Seccional de Salud y Secretaria de Planeación). Además de las administraciones municipales. Sin embargo, en por lo menos el 15% de los casos, corresponde a la gestión comunitaria caracterizada por deficiencias en el dimensionamiento de las redes, calidad de las obras y vida útil de tuberías y estructuras, siendo evidente dicha afirmación para el municipio de Marsella. Esto último sin tener en cuenta las deficiencias en el ordenamiento territorial, el crecimiento de la población a abastecer y sus costumbres.

Alimentos:

Según el marco legal vigente, los alimentos de mayor riesgo (carnes, productos cárnicos y sus preparados; leche y derivados lácteos; productos de la pesca y sus derivados; productos preparados a partir del huevo; alimentos de baja acidez empacados en envases sellados o herméticamente con pH mayor de 4.5; alimentos o comidas preparadas de origen animal, listos para el consumo; agua envasada y alimentos infantiles) revisten especial importancia debido a aspectos como composición, contenido de nutrientes, calidad microbiológica, entre otros, no obstante se podría pasar por alto las condiciones de fabricación, transporte, almacenamiento, expendio, preparación y consumo.

Las ventas ambulantes de arepas, derivados cárnicos, bebidas, frutas y otros constituyen alrededor del 35% de la producción masiva y artesanal. Sin embargo, su riesgo radica en la calidad de las materias primas, el aprovisionamiento de agua potable, el almacenamiento de productos, la disposición de residuos y el mantenimiento de los puestos de trabajo. El abordaje de este grupo de población partió de las visitas domiciliarias a los dueños y expendedores de materias primas lo cual permitió lograr la capacitación de 293 personas, para el municipio de Marsella, 7046 en los 12, municipios de categorías 4^a, 5^a y 6^a competencia del nivel departamental conforme a la ley 715 de 2001.

Restaurantes escolares y expendios de alimentos: Durante los últimos tres (3) años el suministro de alimentos en los restaurantes escolares y hogares de bienestar han sido objeto de permanentes quejas y decomisos al comprometerse su calidad por: la irresponsabilidad de algunos operadores que suministran productos deteriorados o vencidos, el almacenamiento inadecuado, deficiencias en el transporte, falta de conocimiento por parte del docente, falta de suministro de elementos e implementos de aseo. Es motivo de especial atención en el municipio el caso de los 20 hogares de Bienestar familiar y madres comunitarias y los 5 restaurantes escolares, incluidos los 2 de los resguardos indígenas de Suratena y Alto Mira, por cuanto las condiciones culturales, de la vivienda, los conocimientos y prácticas de aseo, limpieza y desinfección de las madres requiere una intervención permanente y continua en vista que cerca del 75% presentan concepto sanitario favorable condicionado a la implementación de planes de mejoramiento: almacenamiento y manipulación de alimentos, estado de la vivienda (paredes, pisos, techos, cocina), almacenamiento de agua, control de plagas, etc.



El abastecimiento de carne y derivados se garantizó por buena parte de los años hasta el 2006 a través de las 13 plantas de sacrificio municipales de animales de abasto público, excepto Dosquebradas, las cuales proveen un volumen mensual de: 15725 animales sacrificados de los cuales corresponden al 62% de bovinos y 38 % de porcinos. Su mayor riesgo sanitario lo constituye la infraestructura física e higiénica locativa de las salas de sacrificio, el mal estado de los equipos y la ausencia de sistemas de tratamiento de aguas residuales en el 75% de municipios excepto Pereira y la Virginia, razón por la cual en el 2006 se produjo el cierre definitivo de las salas de los municipios de Mistrató, Apía, Santuario y Balboa y el mejoramiento significativo de Marsella, Guática, Quinchía, Pueblo Rico y Belén de Umbría. Deberá mencionarse que la CARDER ha adelantado requerimientos de cierre a la totalidad de salas de sacrificio municipales las cuales han presentado planes de cumplimiento.

Municipio	Plan de cumplimiento
Marsella	Si

Fuente: Secretaría de Salud Departamental

Intoxicaciones alimentarias:

La Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (VETA), El comportamiento de las intoxicaciones alimentarias durante el último trienio ha sido de la siguiente manera:

Es evidente una reducción en el número de casos durante los últimos dos (2) años, la mayoría de ellas (75%) se deben a deficiencias en la preparación individual, en agasajos y fiestas de arroz con pollo, con una reducida participación de intoxicaciones masivas, aunque debe destacarse la intoxicación de un grupo de soldados por consumo de pollo en la navidad del 2006. Finalmente, se han ido reduciendo significativamente las intoxicaciones en la población infantil de los restaurantes escolares asociado con inadecuadas prácticas de almacenamiento temporal, deficientes condiciones de transporte y combinación de alimentos causantes de indigestión en los niños. En Marsella, a la fecha no se han presentado eventos de intoxicación por alimentos, en los últimos 3 años.

Medicamentos:

El área de influencia del programa de control de medicamentos es departamental al igual que el de sustancias químicas plaguicidas. En Marsella, todos con concepto FAVORABLE, expedido por la secretaría de salud el departamento, al igual que las 5 droguerías que operan en el municipio.

Cuadro 4.17 Número de establecimientos farmacéuticos y tiendas naturistas por municipios. Departamento de Risaralda. 2007

Municipio	Droguerías	Tiendas Naturistas	Establecimientos farmacéuticos
Marsella	5	4	1

Fuente: Secretaría de Salud Departamental

Se realizan visitas de inspección, vigilancia y control en establecimientos farmacéuticos 3 veces al año como lo exige la normatividad vigente se toman medidas sanitarias y se ha trabajado fuertemente en capacitar a todo el personal que de una u otra manera intervienen en el manejo de los medicamentos.(Legislación Farmacéutica), para el 2007 se hizo seguimiento a 20 VCM's., en las droguerías establecidas en el municipio.

4.2.4 Factores de riesgo biológicos:

Zoonosis:

Las principales zoonosis objeto de vigilancia sanitaria en el departamento de Risaralda, la constituye la rabia canina asociada a exposiciones y accidentes rábicos asociados con caninos en por lo menos el 95% de los casos reportados, este programa se encuentra a cargo de un médico veterinario, Para Marsella, los niveles de cobertura en el área urna y rural se han mantenido en un 60 y 35% respectivamente. En el 2007, un gran porcentaje, 25%, de los 50 casos de exposición rábica reportados por el Hospital San José de Marsella, de la investigación de campo, se pudo establecer la ocurrencia de éstos por perros callejeros o que dejan “callejear”, lo cual amerita atención especial por parte de la administración municipal, mediante estrategias como la implementación de un COZO municipal, con la aplicación de las medidas establecidas en la ley 746 de 2002, el acuerdo 05 de 2002 o el manual de convivencia ciudadana, programas tendientes a cambios culturales y de promoción en la tenencia de mascotas entre otras, el

porcentaje restante ocurre por el manejo inadecuado de las mascotas. El 100% de los eventos fueron clasificados como “NO EXPOSICIÓN”.

Debe anotarse que durante los últimos diez (10) años no se han presentado casos de rabia en humanos frente al comportamiento nacional de casos en la Costa Atlántica y Santanderes. Es de vital importancia considerar que el riesgo se mantiene latente en términos de la vecindad con otros departamentos: Caldas, Quindío, Valle del Cauca, Chocó.

La ocurrencia de accidentes asociados a mordeduras de murciélagos para el caso de rabia silvestre en humanos ha ido en aumento en especial en lo sucedido por el municipio de Pereira: 5 casos, y 0 casos reportados para Marsella

En los municipios de La Virginia pero en especial Santa Rosa de Cabal se tienen referencias de la ocurrencia de casos de rabia bovina transmitida por murciélagos por lo menos de cuatro (4) años atrás. Se desconocen datos en el municipio de Pereira y Marsella, no obstante la sectorización de colonias de murciélagos y destrucción de microclimas sobre cauces de los ríos Cauca, Otún y San Francisco del municipio de Marsella.

Debe destacarse el aumento significativo de casos de leptospirosis los últimos dos años, 7 en el 2006 y 3 en el 2007 para Marsella, algunos de ellos asociados con condiciones deficitarias de viviendas.

Enfermedades transmitidas por vectores:

Las enfermedades transmitidas por vectores son aquellos padecimientos que afectan a las personas y que son transmitidos por insectos y animales invertebrados, se considera que están relacionados con el saneamiento del ambiente doméstico y de los espacios cercanos a las comunidades, donde se reproducen o protegen los vectores y facilitan el contacto entre agentes y huéspedes.

La presencia de las ETV obedecen al acercamiento y contacto de vectores que reciben y transmiten agentes patógenos entre los humanos o desde otros animales a los humanos; otros procesos se dan por invasión de nichos silvestres o por migración de huéspedes como en la leishmaniasis.

Las condiciones del medio ambiente constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de las ETV en el Departamento, asociadas con deficiencias en las condiciones sanitarias en la vivienda, la prestación y calidad de los servicios públicos, hábitos culturales (recolección de inservibles en los patios) e

higiénicos (aseo de la vivienda), del mal estado de los establecimientos (cementerios, establecimientos educativos, hogares de ancianos y de Bienestar familiar, etc.) evidentes en los perfiles epidemiológicos municipales y departamentales.

Los índices de infestación por *A. aegypti* registrados en los Municipios de La Virginia, Dosquebradas, Pereira y Santuario oscilaron entre mediano y alto riesgo, es decir, índices por encima o cercanos a del 10%), para lo cual se aplicaron medidas de control de focos de transmisión mediante control químico de larvas y adultos, recolección de inservibles y educación en salud por parte de el equipo técnico ETV.

Cuadro 4.18 Índices aédicos. Departamento de Risaralda. 2005

Municipio	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer Trimestre
Apia	7,5	4,8	ND
Balboa	12	3,2	ND
Belén de Umbría	4,44	3,1	ND
Dosquebradas	7,63	7,53	7,77
Guática	1,0	1,00	ND
La Celia	1,39	8,7	ND
La Virginia	13,5	15,8	19,2
Marsella	5,4	5,4	ND
Mistrató	6,2	ND	2,0
Pereira	25,8	17,7	18,8
Pueblo Rico	8,33	6,8	2,0
Quinchía	14,1	ND	6,3 (RURAL)
Santuario	0,77	3,5	7,0
Santa Rosa	6,8	5,0	ND

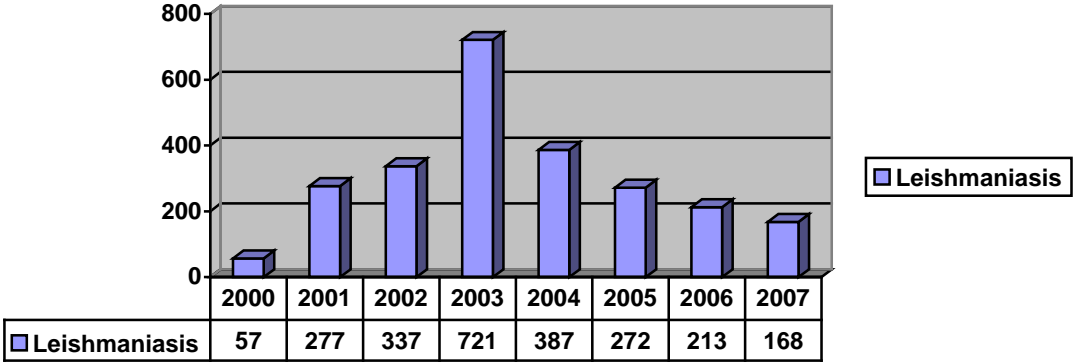
Fuente: Programa ETV – Secretaría de Salud Departamental

En Marsella, para el 2007 se presentaron 3 casos de Dengue y 3 en el 2006 en este año los casos de Malaria reportados por la ESE Hospital San José de Marsella, corresponden a 2 desplazados de zonas de los Llanos Orientales, 2 del Putumayo y 1 del Chocó y para el 2007 se reportó 1 caso de un indígena proveniente del Putumayo.



Leishmaniasis

Grafico 4.10. Casos de leishmaniasis en el departamento de risaralda 1999 – 2007

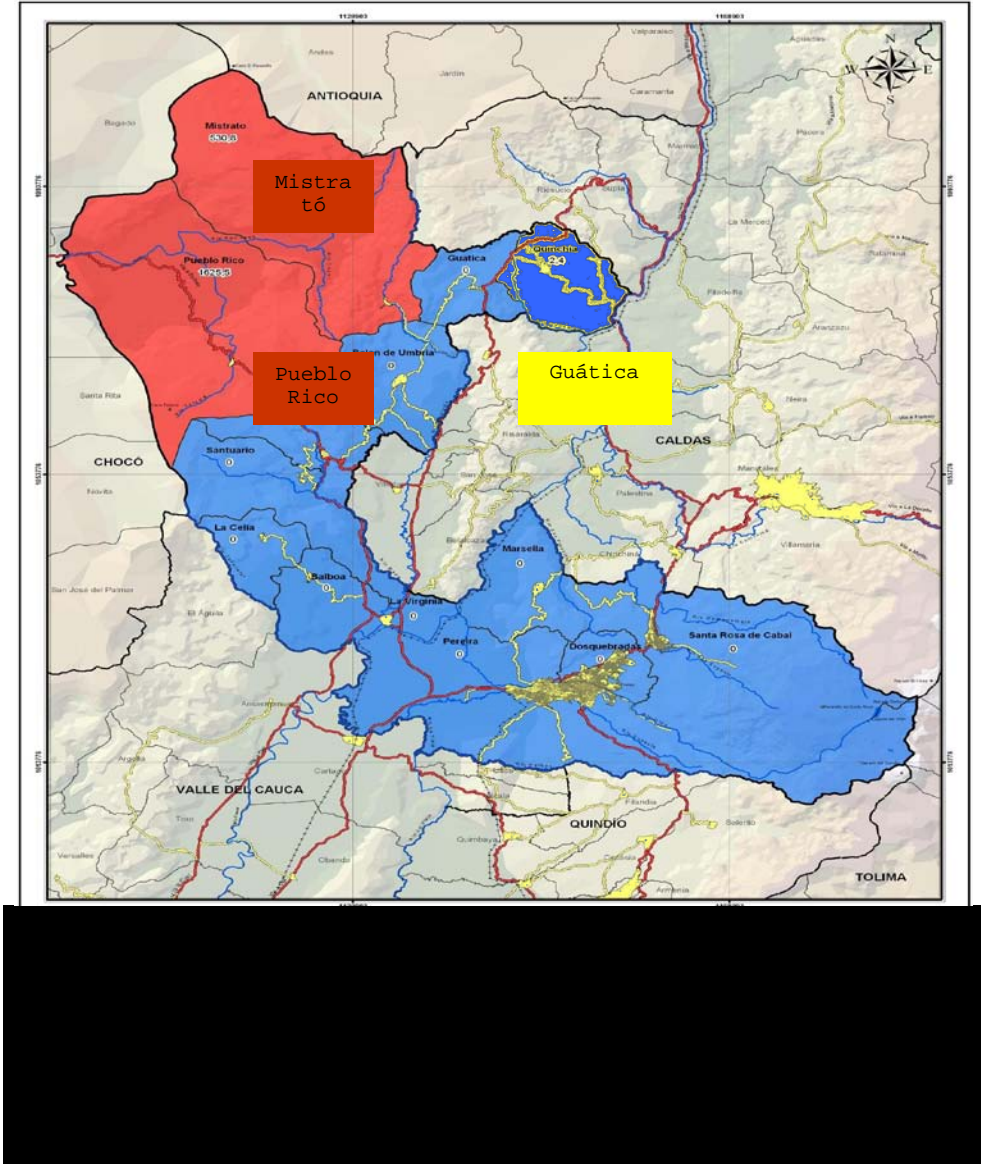


Fuente: SIVIGILA
 † (Noviembre 30 de 2.007)

En Marsella para el 2005 se presentaron 3 casos de Leishmaniasis, en pacientes provenientes de Mapiripán (Meta), San Vicente del Caguán (Meta) y de Soayá en el Chocó.



Gráfico 4.11 Casos de Leishmaniasis. Departamento de Risaralda.



4.2.5 Factores de riesgo químicos

Plaguicidas.

Estos productos no sólo contaminan el medioambiente, también representan un peligro para la salud de las personas, ya que ciertos componentes son muy volátiles y se concentran en cantidades elevadas dentro del hogar; también el consumidor se encuentra expuesto a estas sustancias tóxicas vía cutánea o por ingestión accidental o voluntaria. El principal riesgo se encuentra en la multitud de fuentes de sustancias tóxicas que se manipulan inadecuadamente, lo que pueden ocasionar todo tipo de afecciones sobre la salud humana, desde efectos inmediatos -mareos, dolor de cabeza- hasta efectos acumulativos a largo plazo como el cáncer o pérdida de la enzima colinesteraza.

El área de influencia del programa de control de medicamentos es departamental al igual que el de sustancias químicas plaguicidas. Como en el caso de los alimentos y medicamentos, la mayor cantidad de establecimientos dedicados al expendio y empresas aplicadoras, es decir un 85% se concentra en los municipios de Pereira y Dosquebradas, seguidos por Belén de umbría, Marsella y Santuario.

Cuadro 4.20. Expendios de plaguicidas. Departamento de Risaralda 2006

Municipio	Numero	Concepto favorable
Apia	3	2
Balboa	2	2
Belén de Umbría	6	4
Guática	4	2
La Celia	3	1
La Virginia	2	2
Marsella	5	5
Mistrató	3	2
Pueblo Rico	3	1
Quinchía	1	1
Santa Rosa	7	4
Santuario	3	1
Dosquebradas	2	2
Pereira	19	14
Total	62	41



A pesar de la importancia del control sanitario, la Secretaria de Salud durante los últimos doce (12) años ha concentrado buena parte de sus recursos en el monitoreo e intervención de los casos de intoxicaciones por el uso inadecuado de plaguicidas. Los municipios que aportan la mayor cantidad de casos son: Belén de umbría, Santuario, Marsella y Pereira. Debe destacarse que de acuerdo con la clasificación de los casos motivo de consulta a nivel hospitalario, hasta el año 2001 y 2002, se tenía que un 10% eran accidentales, un 55% ocupacionales y un 35 % son voluntarios con intentos suicidas. Estos últimos con una reincidencia no menor al 40% de los casos para grupos etéreos de población entre 12 y 35 años, en un 38% en mujeres y un 62% restante para hombres. Sin embargo, durante los últimos tres años, Las variaciones en los casos reportados por la red hospitalaria ha sido la siguiente los dos (2) últimos años: 303 (2007) y 267 (2006). Para el año 2007, sobre una base de 296 casos de 303 reportados se tiene lo siguiente: los productos de mayor presencia en los diferentes tipo de intoxicaciones son en su orden de mayor a menor: Campeón (47), furadán (26), baygon (20) , round up (16), thiodan (12), lorsban (9), Neguvon (9), endopack (8).

Debe mencionarse además que del total de los casos reportados, 98 casos constituyen intentos suicidas es decir el (48%), en los cuales los productos más comprometidos son: campeón, baygon y round up; 21 (10%) casos son accidentales, 76 (37%) son ocupacionales y sin dato 22.

Con respecto a las intoxicaciones voluntarias con intentos suicidas, el 50% de los municipios del departamento como son Apía, La Virginia, Pueblo Rico, Santa Rosa de Cabal, Pereira y Quinchía tienen entre sus cifras que mas del 50% de los casos se comportan en dicha categoría, seguidos por los eventos ocupacionales y accidentales.

Mientras que para los accidentes de tipo de ocupacional, los municipios que tienen más del 50% del total de accidentes locales en dicha categoría son: Balboa, Belén de Umbría, Marsella y Santuario. Debe destacarse que en Balboa, el 100% de los casos, tres (3) en total son ocupacionales.

En términos de la presión en la demanda de los servicios de salud, cerca del 60% de los casos son remitidos al Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira. La Secretaria de Salud ha venido adelantando históricamente proceso de capacitación a médicos rurales y médicos de urgencias frente a la atención clínica de los pacientes, pero no se ha abordado la dimensión del acompañamiento psicosocial a los pacientes de manera continua no obstante los significativos acercamientos con el programa de salud mental desde el momento de la visita de campo hasta el

seguimiento de los pacientes.

En el 2007 se presentaron 22 casos de intoxicación por plaguicidas en Marsella, de los cuales el 30% corresponde a intentos suicidas, el porcentaje restante a exposiciones accidentales laborales por falta de elementos de bioseguridad o equipos en mal estado, uno de los casos se presentó con la aplicación de "ENDOPAC". La situación más difícil en la investigación de campo y en las capacitaciones es lograr un cambio de actitud en los aplicadores y propietarios de fincas en cuanto al aprovisionamiento y uso adecuado de los elementos de bioseguridad, como también al adecuado almacenamiento y disposición final de productos y recipientes, con la debida protección de las fuentes de agua.

4.3 ASEGURAMIENTO EN SALUD

4.3.1 Población pobre y vulnerable. el municipio cuenta con una población de 21.805 en su gran mayoría pertenecientes al SISBEN niveles 1, 2 y 3 que corresponde a 19.757 (95%)

4.3.2 Régimen Subsidiado. Con respecto a la población con derecho a este régimen la cobertura de afiliación es del 48.59% (10.937) de la población DANE;

4.3.2 Régimen Contributivo. De acuerdo a la información entregada por el Consorcio Fidufosyga, se encuentran en el municipio un total de 3.505 personas afiliadas a las diferentes EPS del régimen contributivo que corresponde al 15.97% respecto a la población total del municipio.

4.3.3 Población sin Seguridad Social en Salud.

La distribución de la población sin seguridad social en salud a nivel departamental se muestra en el cuadro siguiente

Cuadro 4.24. Distribución de la población pobre y vulnerable Sin Seguridad Social en Salud Departamento de Risaralda Enero 2008.

Municipio	P o b l a c i o n Sin Seguridad Social Salud		
	S e g ú n SISBEN 1, 2 y 3 e Indígena y listado censal		
	#	% respecto al municipio	Distribución porcentual
Apia	4.643	25,87%	1,86%
Balboa	2.471	38,93%	0,99%
Belén	10.434	37,61%	4,17%
Desquebradas	61.042	32,96%	24,40%
Guática	7.069	45,25%	2,83%
La Celia	3.309	37,99%	1,32%
La Virginia	15.485	49,15%	6,19%
Marsella	7.136	32,47%	2,85%
Mistrató	2.680	17,33%	1,07%
Pueblo Rico	2.999	24,25%	1,20%
Quinchía	15.247	45,62%	6,10%
Santa Rosa	23.260	32,90%	9,30%
Santuario	5.204	33,55%	2,08%
Pereira	89.172	19,74%	35,65%
Total	250.151	27,36%	100,00%

Fuente Bases Sisben a noviembre de 2007

4.3.4 Población por afiliar.

El país presenta un grave problema estructural en lo que a población se refiere. Por población DANE 2005, harían falta por afiliar a los regímenes contributivo y/o subsidiado 94.006 personas. Si hacemos el mismo análisis con el SISBEN 1 2 y 3 la meta por afiliar serían 250.151 personas, lo que nos permite concluir las graves deficiencias en los instrumentos existentes para identificar y focalizar a la población pobre. (Cuadros 4.25 y 4.26)



Cuadro 4.25 Distribución Población por afiliar. Departamento de Risaralda enero de 2008

Municipio	Población por afiliar								
	Dane	Listado censal	Total población Dane y Listado Censal	Afiliados Subsidiado	Afiliados contributivo y Especial	Total Afiliados	Por afiliar Según Dane y Listado Censal	Por afiliar según Sisben y Listado censal	Diferencia identificar Dane - afiliar Sisben y Listado censal
Apía	17.947	457	18.404	7.777	2.452	10.229	8.175	4.643	3.532
Balboa	6.348	465	6.813	4.952	911	5.863	950	2.471	-1.521
Belén	27.739	517	28.256	18.927	5.107	24.034	4.222	10.434	-6.212
Dosquebradas	185.209	701	185.910	59.031	100.498	159.529	26.381	61.042	-34.661
Guática	15.623	333	15.956	9.323	1.380	10.703	5.253	7.069	-1.816
La Celia	8.710	304	9.014	5.249	1.010	6.259	2.755	3.309	-554
La Virginia	31.504	700	32.204	12.581	16.716	29.297	2.907	15.485	-12.578
Marsella	21.979	530	22.509	10.937	3.505	14.442	8.067	7.136	931
Mistrató	15.466	446	15.912	13.192	1.262	14.454	1.458	2.680	-1.222
Pueblo Rico	12.366	544	12.910	11.306	924	12.230	680	2.999	-2.319
Quinchía	33.421	549	33.970	22.766	2.673	25.439	8.531	15.247	-6.716
Santa Rosa	70.701	1.049	71.750	26.069	31.341	57.410	14.340	23.260	-8.920
Santuario	15.512	1.344	16.856	10.124	2.828	12.952	3.904	5.204	-1.300
Pereira	451.645	5.981	457.626	137.800	313.443	451.243	6.383	89.172	-82.789
Total	914.170	13.920	928.090	350.034	484.050	834.084	94.006	250.151	-156.145

Población Ministerio 2008 PAI y Proyección Dane 2008

Listado Censal Desmovilizados – desplazados

Afiliados subsidiados a enero de 2008

Informe contributivo Fidufosyga 2005 enero 30 de 2008

**Cuadro 4.26 Población por niveles a afiliar según Sisben. Departamento de Risaralda
 enero de 2008**

Municipio	Por afiliar SISBEN nivel 1	Por afiliar SISBEN nivel 2	Total 1 y 2	Listado censal por afiliar	Total SISBEN 1 y 2 y listado censal	Nivel 3 SISBEN	Total vinculados SISBEN y listado censal
PEREIRA	48,640	28,029	76,669	2,999	79,668	9,504	89,172
APIA	856	2,571	3,427	101	3,528	1,115	4,643
BALBOA	920	1,217	2,137	30	2,167	304	2,471
BELEN DE UMBRIA	2,455	6,028	8,483	399	8,882	1,552	10,434
DOSQUEBRADAS	25,199	27,766	52,965	347	53,312	7,730	61,042
GUATICA	2,582	2,566	5,148	1,647	6,795	274	7,069
LA CELIA	587	2,349	2,936	25	2,961	348	3,309
LA VIRGINIA	6,126	5,656	11,782	60	11,842	3,643	15,485
MARSELLA	2,682	3,884	6,566	(31)	6,535	601	7,136
MISTRATO	955	1,208	2,163	254	2,417	263	2,680
PUEBLO RICO	1,352	1,351	2,703	134	2,837	162	2,999
QUINCHIA	3,895	3,314	7,209	6,517	13,726	1,521	15,247
SANTA ROSA DE CABAL	12,565	8,799	21,364	135	21,499	1,761	23,260
SANTUARIO	1,335	2,847	4,182	88	4,270	934	5,204
Total	110,149	97,585	207,734	12,705	220,439	29,712	250,151

Población por afiliar Sisben - Base datos Sisben a Noviembre 2007 menos afiliados subsidiado y contributivo según Sisben

Depurada duplicidades y otros

4.3.6 Recursos.

Cuadro 4.27 Determinación de SGP - Rentas cedidas y recursos propios departamento percápita. Departamento de Risaralda. Año 2007

Municipio	Total Sistema General de Participaciones y Rentas Cedidas			Por afiliar SISBEN e indígenas. Listado censal	Miles de pesos Percápita
	Oferta	Aportes	Total		
1° Nivel de atención.	6.439.926	4.229.435	10.669.361	250.151	42,65
Apía	154.579	120.449	275.028	4.643	59,24
Balboa	42.335	55.648	97.983	2.471	39,65
Belén	276.010	202.503	478.513	10.434	45,86
Dosquebradas	1.605.296	391.846	1.997.142	61.042	32,72
Guática	69.822	105.951	175.773	7.069	24,87
La Celia	104.047	69.622	173.669	3.309	52,48
La Virginia	276.706	207.648	484.354	15.485	31,28
Marsella	48.085	207.109	255.194	7.136	35,76
Mistrató	68.372	198.162	266.535	2.680	99,45
Pueblo Rico	85.673	161.766	247.439	2.999	82,51
Quinchía	256.702	236.339	493.041	15.247	32,34
Santa Rosa	525.492	452.373	977.866	23.260	42,04
Santuario	46.743	110.290	157.033	5.204	30,18
Pereira	2.880.062	1.709.729	4.589.791	89.172	51,47
2°, 3° y 4° Nivel de atención	28.692.919	2.051.139	30.744.058	250.151	122,90
Total Dpto.	35.132.845	6.280.574	41.413.418	250.151	165,55

Fuente Bases Sisben a noviembre de 2007

Descontados afiliados régimen subsidiado y contributivo Según Sisben

Afiliados subsidiados a enero 1 de 2008

Recursos año 2007 Secretaria Departamental de Salud - Pagos

Población Sin seguridad Social identificada a enero de 2008

4.3.7 Cofinanciación departamental para el régimen subsidiado. En el cuadro 4.28 se relaciona el total de los afiliados financiados con recursos del departamento a partir del 1 de abril de 2008 y el valor correspondiente teniendo en cuenta el valor de la UPC-S de \$242.370.00 y para subsidios parciales el 39.5% de dicho valor y que se cofinancian 2.000 afiliados en el municipio de Dosquebradas.

Cuadro 4.28. Cofinanciación régimen subsidiado con recursos departamentales. Departamento de Risaralda enero 2008

Municipio	Población financiada recursos departamental	Valor año 2008
Apia	225	54.533.250,00
Balboa	0	-
Belén	821	198.985.770,00
Dosquebradas	3.308	508.492.260,00
Guática	176	42.657.120,00
La Celia	192	46.535.040,00
La Virginia	281	68.105.970,00
Marsella	664	160.933.680,00
Mistrató	276	66.894.120,00
Pueblo Rico	176	42.657.120,00
Quinchía	918	222.495.660,00
Santa Rosa	1.470	356.283.900,00
Santuario	105	25.448.850,00
Pereira	2.341	567.388.170,00
Total Dpto.	10.953	2.361.410.910,00

Fuente Contratación 2007

Municipio Dosquebradas – 2.000 subsidios parciales

4.3.8 Recursos. En el año 2.008 se dispone de \$6.414.110 (miles) con Sistema General de Participaciones (SGP) para la oferta del primer nivel, con el fin de contratar la atención de la población que se encuentra identificada en Sisben y listado censal sin Seguridad Social en Salud con las instituciones hospitalarias.

Cuadro 4.29. Determinación de los recursos del Sistema general de Participaciones, Rentas cedidas, Recursos Propios y Valor Per cápita. Departamento de Risaralda enero 2008

Municipio	Total Sistema General de Participaciones y Rentas Cedidas			Por afiliar SISBEN e indígenas. Listado censal	MILES DE \$
	Oferta	Aportes	Total		Percápita
1° Nivel de atención.	2.356.721	4.057.388	6.414.110	236.983	27,07
Apía	55.291	63.558	118.848	4.371	27,19
Balboa	0	59.719	59.719	2.429	24,59
Belén	190.584	138.356	328.940	10.113	32,53
Dosquebradas	1.372.096	419.839	1.791.934	56.482	31,73
Guática	23.399	99.996	123.395	6.914	17,85
La Celia	0	71.513	71.513	3.199	22,35
La Virginia	171.039	219.370	390.409	14.293	27,31
Marsella	0	211.153	211.153	6.656	31,72
Mistrató	0	209.438	209.438	2.652	78,97
Pueblo Rico	36.666	145.194	181.860	2.953	61,58
Quinchía	0	252.797	252.797	15.235	16,59
Santa Rosa	184.093	299.984	484.077	21.793	22,21
Santuario	0	137.068	137.068	4.955	27,66
Pereira	323.553	1.729.405	2.052.958	84.938	24,17
2°, 3° y 4° Nivel de atención	25.085.995	2.673.520	27.759.515	236.983	117,14
Total Dpto.	27.442.716	6.730.909	34.173.624	236.983	144,20

Fuente Bases Sisben a noviembre de 2007

Descontados afiliados régimen subsidiado y contributivo Según Sisben

Afiliados subsidiados a enero 1 de 2008 - Sumados ampliación Conpes 13,168 afiliados año 2008

Recursos año 2008 Secretaria Departamental de Salud -

Población Sin Seguridad Social identificada a enero de 2008 menos afiliados ampliación

Conpes 110 - 111 - 112

En conclusión se observa que en algunos de los cuadros la población correspondiente al SISBEN es mayor que la proyectada por el DANE, para lo cual se debe realizar un proceso de depuración de las bases del Sisben a nivel municipal, igualmente el Departamento realizó un cruce inicial en cuanto a duplicidades, afiliados a contributivo e información con inconsistencias en cuanto a documentos para lograr un número aproximado de la población real vinculada.

Igualmente dentro del proceso a nivel departamental se realizó el fortalecimiento del Sistema Integrado de información en Salud que incluye el manejo del régimen subsidiado a nivel municipal y departamental.

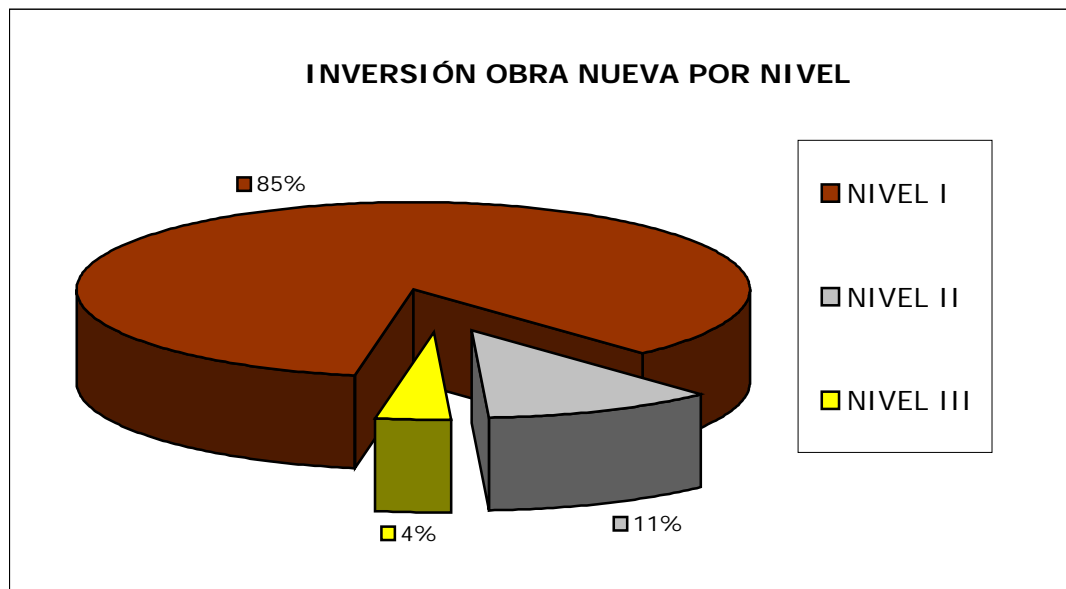
Se espera poder ejercer las funciones asignadas por Ley 715 correspondientes a la asesoría, inspección, vigilancia y control del aseguramiento, realizando verificaciones de todos los procesos entre los municipios y las EPS'S para una mayor eficiencia, eficacia, economía en la atención a los beneficiarios de los diferentes regímenes y optimización de los recursos para la atención por parte del Departamento y las diferentes ESEs a la población pobre y vulnerable identificada y no afiliada a los respectivos regímenes.

4.4 SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES

4.4.1 Inversión en infraestructura y dotación de acuerdo al Plan Bienal 2007-2009.

Valor de obra nueva por nivel de atención. Municipio de Marsella 2007

Nivel	Institución	Municipio	Total obra nueva
			(en miles)
I	ESE H. San José	Marsella	775.000



Fuente: Plan Bienal de Inversiones Risaralda 2007-2009

Ampliación obra civil por nivel de atención

ESE H. San José	Marsella	775.000
-----------------	----------	---------

4.4.2 Habilitación de prestadores de servicios de salud

4.4.2.1 Red Hospitalaria.

El Sistema Único de Habilitación, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, debe ser entendido como la entrada de las organizaciones al sistema de calidad; por considerarse como la base fundamental en el cumplimiento de las condiciones mínimas que las instituciones deben tener para la prestación de servicios; permite garantizar la protección y seguridad del usuario y/o paciente en el proceso de atención.

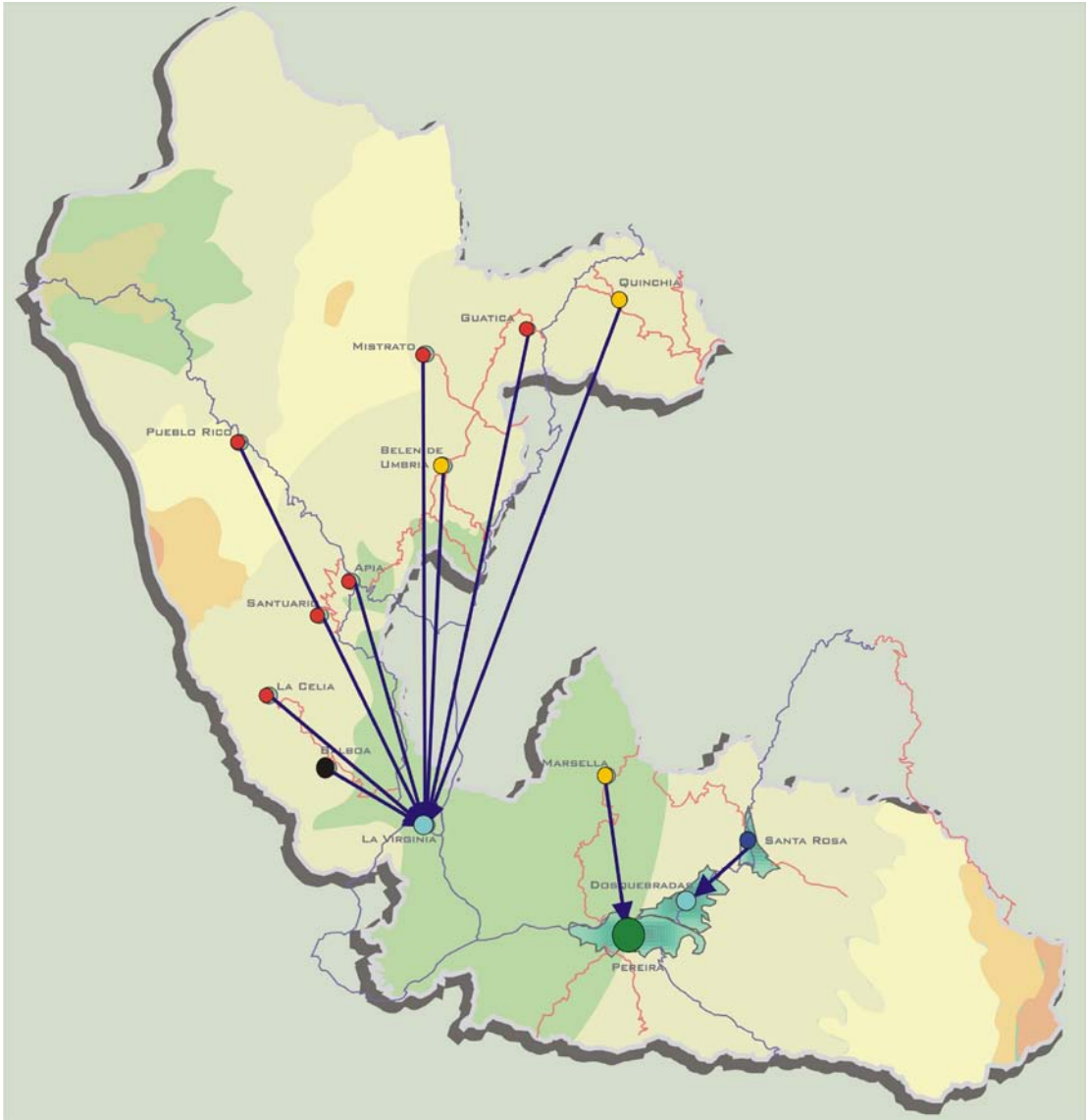
Su condición obligatoria, tiene el propósito de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social.

CONSTRUYENDO CONFIANZA

CARLOS ANDRES GOMEZ ESCOBAR



Organización de la Red de Pública de Prestadores de servicios de Salud por regiones. Departamento de Risaralda. 2007.



Reforzamiento Estructural

Estudios de vulnerabilidad sísmica, refuerzos estructurales y presencia de estudio de catastro físico.

Dentro del proceso de modernización de las instituciones hospitalarias del departamento, se encuentra que el 100% de las ESE del Departamento de Risaralda cuentan con los estudios de vulnerabilidad sísmica, el proceso ahora debe consistir en la inversión para continuar e iniciar el reforzamiento de las estructuras que así lo requieran ó la inversión en obra nueva de acuerdo al diagnóstico.

Los hospitales de II y III de la red pública tienen un reforzamiento parcial en su mayoría los esfuerzos deben encaminarse en completar el reforzamiento en estos niveles e iniciar el proceso en los hospitales del primer nivel.

Cuadro 4.34 Consolidado otras variables instituciones hospitalarias. Red Pública departamental. Departamento de Risaralda 2008.

Entidad	Riesgo sísmico			Catas. Físico
	Estudio	Refuerzo Estructural		
	Vul/d	R. Est.	Observaciones	
PRIMER NIVEL				
Apia	<input type="checkbox"/>	X		<input type="checkbox"/>
Balboa	<input type="checkbox"/>	X		<input type="checkbox"/>
Belén	<input type="checkbox"/>	X		<input type="checkbox"/>
ESE Pereira (cuba- Kennedy)	<input type="checkbox"/>	P	Pendiente construcción 2da etapa Unidad Intermedia de Cuba	<input type="checkbox"/>
Guática	<input type="checkbox"/>	X		<input type="checkbox"/>
La Celia	<input type="checkbox"/>	X		<input type="checkbox"/>
Marsella	<input type="checkbox"/>	P	Pendiente reforzamiento módulo I (Servicios de Odontología, Laboratorio y Obstetricia)	<input type="checkbox"/>
Mistrató	<input type="checkbox"/>	P	Pendiente intervención estructural de urgencias y consulta externa, obra nueva de auditorio y servicios generales.	<input type="checkbox"/>
Pueblo Rico*	<input type="checkbox"/>	P	Construcción servicio de hospitalización, consulta externa, administración.	
Quinchía	<input type="checkbox"/>	P	Pendiente construcción de los servicios de obstetricia, esterilización y hospitalización.	<input type="checkbox"/>
Santa Rosa	<input type="checkbox"/>	P	Pendiente bloque quirúrgico, área de urgencias y administración.	<input type="checkbox"/>
Santuario	<input type="checkbox"/>	X		<input type="checkbox"/>

Fuente: Planes bienales Municipales

Realizado

P Parcial

X No ejecutado

Lo anterior nos orienta la magnitud de la inversión a programarse en el departamento durante los próximos años para cumplir a cabalidad con estas obligaciones señaladas por la ley 715 de 2001.

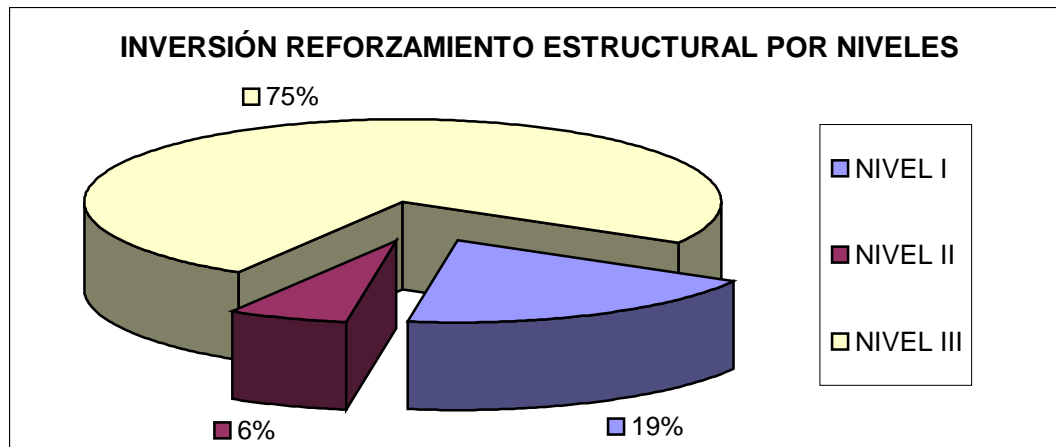
Cuadro 4.35 Valor reforzamiento estructural. ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2007

Nivel	Institución	Municipio	Refuerzo estructural
			(en miles)
I	ESE H. San Vicente de Paúl	Apia	
	ESE H. Cristo Rey	Balboa	
	ESE H. San José	Belén de Umbría	378.538
	Salud Pereira- Centro	Pereira	0
	Salud Pereira- Kennedy	Pereira	0
	Salud Pereira- Cuba	Pereira	0
	ESE H. Santa Ana	Guática	51.938
	ESE H. San José	La Celia	34.745
	ESE H. San José	Marsella	781.040
	ESE H. San Vicente de Paúl	Mistrató	21.158
	ESE H. San Rafael	Pueblo Rico	0
	ESE H. Nazareth	Quinchía	
	ESE H. San Vicente de Paúl	Santa Rosa	888.888
	ESE H. San Vicente de Paúl	Santuario	378.538
	SUBTOTAL		
II	ESE H. San Pedro y San Pablo	La Virginia	
	ESE H. Mental de Risaralda	Pereira	
	ESE H. Santa Mónica	Dosquebradas	795.150
	SUBTOTAL		
III	ESE H. San Jorge	Pereira	
	ESE Rita A. A. Del Pino	Pereira	9.663.908
	SUBTOTAL		
TOTAL INVERSIÓN RFZTO. ESTRUCTURAL			12.944.477

Fuente: Plan Bienal de Inversiones Risaralda 2007-2009

Para el reforzamiento estructural la mayor inversión esta dada por el nivel III, porcentaje jalonado por la ESE Rita Arango Álvarez del Pino. El primer nivel también presenta un alto porcentaje, ya que recientemente los estudios de vulnerabilidad sísmica de siete de las ESE de primer nivel del Departamento fueron entregados con el diagnóstico respectivo. Además las ESE de segundo y tercer nivel (ESE Hospital San Jorge) presentan un alto porcentaje de avance en lo que a reforzamiento se refiere.

Gráfico 4.15 Inversión en remodelación de infraestructura por nivel. ESE Hospitales Departamento de Risaralda.



Fuente: Plan Bienal de Inversiones Risaralda 2007-2009

Equipamiento fijo

Cuadro 4.36 Valor Inversión en equipamiento fijo. ESE Hospitales Departamento de Risaralda. 2007

Nivel	Institución	Municipio	Equipamiento fijo (en miles)
I	San Vicente de Paúl	Apia	
	Cristo Rey	Balboa	
	San José	Belén de Umbria	
	Salud Pereira- Centro	Pereira	
	Salud Pereira- Kennedy	Pereira	
	Salud Pereira- Cuba	Pereira	
	Santa Ana	Guática	3.000
	San José	La Celia	32.000
	San José	Marsella	50.000
	San Vicente de Paúl	Mistrató	
	San Rafael	Pueblo Rico	30.680
	Nazareth	Quinchía	90.000
	San Vicente de Paúl	Santa Rosa	522.000
San Vicente de Paúl	Santuario		
	SUBTOTAL		727.680
II	San Pedro y San Pablo	La Virginia	
	Mental de Risaralda	Pereira	
	Santa Mónica	Dosquebradas	
	SUBTOTAL		
III	San Jorge	Pereira	59.900
	ESE Rita A. A. Del Pino	Pereira	766.000
	SUBTOTAL		825.900
	TOTAL INVERSIÓN EQUIPAMIENTO FIJO		1.553.580

Fuente: Plan Bienal de Inversiones Risaralda 2007-2009

4.4.3 Organización de la red de prestación de servicios

4.4.3.1 Conformación general de la red de servicios de salud del departamento de risaralda.

La Secretaría de Salud Departamental, ajustó el documento “CONFORMACIÓN GENERAL DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA”, donde organiza las ESE Hospitales de la Red Pública Departamental, por niveles de complejidad y establece los flujos de referencia de pacientes ambulatorios, urgentes, laboratorio y servicios de apoyo diagnóstico.

Los servicios ambulatorios de segundo nivel se organizan así: la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas recibe los pacientes de Santa Rosa y Dosquebradas. La ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia recibe los pacientes provenientes de Apia, Balboa, Belén de Umbría, La Celia, Guática, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Santuario y La Virginia. La ESE Hospital Universitario San Jorge recibe los pacientes provenientes de Pereira y Marsella. La ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda recibe los pacientes remitidos de todas las ESE del departamento.

El Hospital San Jorge es el centro de referencia para todos los servicios de alta complejidad en la red pública departamental. En cuanto a los servicios de urgencias la ESE Hospital Universitario San Jorge recibe los pacientes remitidos de todo el departamento.

El documento de conformación de la red fue enviado al Ministerio de la Protección Social, como soporte a la solicitud de autorización de la contratación, por parte de la Secretaría, de la red complementaria de servicios como respuesta a los no ofertados por la red pública departamental, el Ministerio autorizó dicha contratación.

4.4.3.2 Capacidad instalada

El Municipio de Marsella cuenta con 8 camas de observación, 9 de hospitalización para un total de 17 camas ubicadas en la E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE, no tiene puestos de salud operando

Cuadro 4.41. Número de puestos y centros de salud y numero de camas en las ESE Hospitales de la red pública departamental. Departamento de Risaralda. 2006

ESE Hospital	Camas			Puestos de Salud	Centros de Salud	Camas hospitalarias por mil habitantes
	Observación	Hospitalización	Total			
San José de Marsella	8	9	17	0	0	0,41
Total	8	9	17	0	0	0,41

Fuente: Informe 2193 vigencia 2006- Red de Servicios - Secretaría de Salud Dpto.

Cuadro 4.42 Capacidad de oferta actual y potencial de las camas hospitalarias de las ESE San José de Marsella de Risaralda. 2006

ESE Hospital	Camas hospitalarias	% ocupacional 2006	Egresos 2006	Egresos según % ocupacional optimo	Diferencia
San José de Marsella	9	50%	689	1.150	461
Total	9	50%	689	1.150	461

Fuente: informe 2193 y evaluaciones 2006 16 ESE Hospitales

Se cuenta con 6 consultorios para consulta externa, 1 consultorio para servicio de urgencias, 0 sala de cirugías, 1 mesa de parto, 4 unidades odontológicas; las cuales son dispuestas para toda la población rural y urbana.

Cuadro 4.43 Capacidad de oferta de consultorios, salas de cirugía, mesas de parto y unidades odontológicas en las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2006

ESE Hospital	Consultorios consulta externa	Consultorios servicio de urgencias	Sala de cirugía	Mesas de parto	Unidades odontológicas
San José de Marsella	6	1	0	1	4
Total	6	1	0	1	4

Fuente: informe 2193 2006 16 ESE Hospitales

Los consultorios de consulta externa se ofertan todos hacia la consulta médica y los controles de enfermería, trabajando de lunes a sábado, ocho horas diarias y el sábado 4 horas con un rendimiento de 3 consultas por hora.

Cuadro 4.44. Capacidad de oferta actual y potencial en consultorios de consulta externa en las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2006

ESE Hospital	Consultorios consulta externa	Consultas externas 2006	Controles de enfermería 2006	Total consultas mas controles	Consultas potenciales	Diferencia
Primer nivel complejidad						
San José de Marsella	6	20.055	3.381	23.436	36.000	12.564
Total	6	20.055	3.381	23.436	36.000	12.564

Fuente: informe 2193 2006 16 ESE Hospitales

4.4.3.3 Recurso humano asistencial

4.4.3.3.1 Médicos Generales

La ESE Hospital San José de Marsella tienen laborando 3 médicos por Cooperativa, 2 de servicio social obligatorio, 2 de libre nombramiento, 1 higienista oral, 2 bacteriólogas y 2 odontólogos; igualmente se hace trabajo extramural.

Cuadro 4.45. Numero de médicos generales en las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2006

ESE Hospital	Médicos Generales				
	Planta	Horas contratadas	Total	Numero total de médicos	Médicos por mil habitantes
San José de Marsella	8.000	6.000	14.000	7	0.3

Fuente: Evaluación 2006 16 ESE Hospitales

4.4.3.3.2 Enfermeras

La ESE Hospital San José de Marsella tiene laborando 1 jefe enfermera, 9 de planta y 7 por contrato.

4.4.3.3.3 Odontólogos

La ESE Hospital San José tiene laborando 2 odontólogos y 1 higienista oral

Cuadro 4.48. Numero de odontólogos en las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2006

ESE Hospital	Odontólogos				
	Planta	Horas contratadas	Total	Numero total de Odontólogos	Odontólogos por mil habitantes
San José de Marsella	0	2.000	2.000	1	0,05

Fuente: Evaluación 2006 16 ESE Hospitales

4.4.3.3.4 Bacteriólogos

La ESE Hospital San José tiene laborando como personal de planta 2 bacteriólogos

Cuadro 4.49. Numero de bacteriólogos en las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. 2006

ESE Hospital	Bacteriólogos			Numero total de Bacteriólogos
	Planta	Horas contratadas	Total	
San José de Marsella	2.000	0	2.000	2

4.4.3.3.5 Referencia de pacientes según destino a urgencias o consulta externa

Cuadro 4.52. Referencia de pacientes desde las ESE Hospitales de primer nivel de atención a ESE de niveles superiores según destino a urgencias o consulta externa. Departamento de Risaralda. 2006.

ESE Hospital	Urgencias	Consulta Externa	Total	% por ESE
San José de Marsella	859		859	4%

La E.S.E. Hospital San José de Marsella remite a niveles superiores la menor proporción de referencia se hacen por patología que requieren de pediatría, acorde con el perfil epidemiológico que destaca LA IRA Y LA EDA como primeras causas de morbilidad y para las cuales la E.S.E. de primer nivel tiene una buena capacidad de respuesta

4.4.3.4. Consulta externa y de urgencias

Cuadro 4.56. Número de consultas externas y de urgencias en las ESE Hospitales de la Red Pública Departamental. Departamento de Risaralda. Años 2001 y 2006

ESE Hospital	Consultas externas			Consultas urgencias			Relación consulta externa / consulta de urgencias		Total consultas	
	2001	2006	% variación	2001	2006	% variación	2001	2006	2001	2006
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN										
San José de Marsella	16.285	20.055	23%	2.751	7.865	186%	5,9	2,5	19,0 36	27.920

4.4.3.5. Egresos y partos

Cuadro 4.57. Número de egresos y partos en las ESE Hospitales de la Red Pública Departamental. Departamento de Risaralda. Años 2001 y 2006

ESE HOSPITAL	Egresos			Partos			Relación total consulta / egresos	
	2001	2006	% variación	2001	2006	% variación	2001	2006
ESE PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD								
San José de Marsella	709	689	-3%	253	177	-30%	27	41

4.4.3.6. Referencia de pacientes desde servicios de urgencias y relacionados con la atención del parto.

Cuadro 4.58. Número de pacientes remitidos a niveles superiores desde el servicio de urgencias y para atención del parto. ESE Hospitales de la Red Pública Departamental. Departamento de Risaralda. Año 2006

ESE HOSPITAL	Desde el servicio de urgencias			Para atención del parto		
	Consultas de urgencias	total remisiones	% R/Cu	Partos atendidos	Total remisiones	Razón R/Pa
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN						
San José de Marsella	7.865	664	8%	177	98	55%

4.4.3.7. Indicadores hospitalarios

Cuadro 4.59. Indicadores hospitalarios en las ESE Hospitales. Departamento de Risaralda. Años 2006 y primer semestre 2007.

ESE Hospital	2006			Primer semestre 2007		
	% ocupacional	Giro cama	Promedio días estancia	% ocupacional	Giro cama	Promedio días estancia
San José de Marsella	50%	77	2,0	59%	40	2,5

4.4.3.8 INDICADORES DE CALIDAD

Del reporte semestral de los indicadores relacionados con la circular 30 de la Supersalud se observa: La oportunidad en la consulta medica general es menor a un día en la E.S.E. Hospital San José de Marsella lo cual esta acorde con la norma

4.4.3.9 Ajuste de los portafolios de servicios.

La Secretaría de Salud concertó con las diez y seis (16) ESE Hospitales de la Red Pública Departamental los portafolios de servicios para la atención integral de la población pobre y vulnerable, los cuales se ajustaron a lo contemplado en el documento de Reorganización de la Red de Servicios.

Asimismo se firmó con los Gerentes de las ESE Hospitales de mediana y alta complejidad las actas de portafolio 1 y 2 que señalan directrices para el flujo de pacientes y procedimientos entre las ESE de baja complejidad a los de mediana y alta, asimismo se definen las obligaciones y compromisos de las ESE en lo relacionado a la Red Pública Departamental.

Todas las ESE Hospitales garantizan los portafolios de servicios concertados con la Dirección Territorial, los cuales son revisados anualmente por las partes.

Los servicios contratados por la Secretaría de Salud a través de la red complementaria, excluyen los servicios ofertados a través de los portafolios de servicios presentados por las ESE Hospitales.

4.4.3.10 Sistema de referencia y contrarreferencia

En cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes urgentes, el departamento cuenta con el Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres, a través del cual se gestiona toda la referencia de pacientes tanto a nivel departamental como a otros departamentos. Las ESE tienen comunicación con el CRUED a través de línea telefónica y radioteléfono. Se cuenta con servicios de profesional de la medicina durante veinticuatro (24) horas diarias y de radio operador entrenado, las veinticuatro (24) horas durante los siete (7) días de la semana. El CRUED regula el 100% de las remisiones urgentes del departamento.

4.4.3.8.6 Análisis financiero de la red

Ingresos

Se hace un análisis comparativo de los ingresos reconocidos y recaudados y de los recursos comprometidos en las ESE Hospitales del departamento de los años 2004 a 2006 tomando como fuente los informes anuales del 2193 de las respectivas vigencias.

A pesos constantes del año 2006 se observa un incremento progresivo en los ingresos así:

Reconocimientos de todos los hospitales pasando en las ESE de primer nivel de \$48.105 millones a \$78.316 millones de pesos en el periodo evaluado; las ESE de segundo nivel \$19.121 millones a \$23.895 millones; en el total de la red se pasa de \$144.713 millones a \$174.427 millones.

En los recaudos el comportamiento es similar observándose en el primer nivel un incremento de \$43'537 millones a \$49'963 millones, en el segundo nivel de \$16707 millones a \$19752 millones y en el total de la red de \$92336 millones a \$116495 millones.

Egresos

Con respecto al gasto durante el periodo evaluado se observa que el hospital compromete sus recursos teniendo en cuenta los ingresos reconocidos.

Cuadro 4.63. Comportamiento de la relación compromisos versus reconocimientos y recaudos. ESE Hospitales Departamento de Risaralda 2004 a 2006

ESE Hospital	2004		2005		2006	
	% Comp/rec	% comp./recaudo	% comp/rec	% comp./recaudo	% comp/rec	% comp./recaudo
San Vicente de Paúl de Apia	93,84%	97,42%	96,30%	99,41%	90,06%	93,40%
Cristo Rey de Balboa	87,22%	99,51%	89,95%	100,26%	96,44%	101,20%
San José de Belén	89,26%	107,15%	107,86%	114,50%	103,13%	109,66%
Santa Ana De Guática	71,50%	95,21%	91,76%	96,03%	88,20%	91,15%
San José de La Celia	78,01%	86,32%	91,98%	96,75%	96,78%	101,41%
San José de Marsella	86,50%	114,00%	95,76%	107,31%	92,39%	103,78%
San Vicente de Paúl Mistrató	90,72%	102,25%	94,58%	104,33%	94,23%	101,12%
San Rafael de Pueblo Rico	88,32%	102,97%	85,36%	91,83%	86,85%	99,35%
Nazareth de Quinchía	80,98%	90,49%	87,16%	95,62%	92,39%	98,67%
ESE Salud Pereira	83,83%	85,40%	91,09%	101,06%	96,75%	105,03%
San Vicente De Paúl Santa Rosa	93,58%	118,09%	96,09%	110,29%	93,74%	109,47%
San Vicente De Paúl Santuario	96,57%	109,79%	96,63%	102,33%	97,02%	102,70%
Subtotal Primer Nivel	85,91%	94,92%	92,80%	102,08%	95,23%	103,73%
Santa Mónica Dosquebradas	95,94%	108,27%	93,69%	98,81%	72,79%	91,28%
San Pedro y San Pablo de La Virginia	93,52%	110,29%	95,37%	108,38%	94,01%	109,95%
Mental Universitario	81,61%	93,78%	78,03%	83,90%	74,92%	83,06%
Subtotal Segundo Nivel	93,01%	106,45%	91,73%	99,04%	78,09%	94,47%
Universitario San Jorge	97,81%	236,17%	41,31%	87,29%	42,30%	86,91%
Total red	93,22%	146,10%	62,09%	95,21%	63,72%	95,40%

Fuente: Informes 2193 ESE Hospitales del Departamento vigencias 2004 - 2005 - 2006

4.5 DIRECCIÓN DEL SISTEMA

4.5.1 Direcciones Locales de Salud

Gestión de la Salud Pública. La Constitución de 1991, al definir la salud como un servicio público, establece una responsabilidad directa del Estado sobre la Salud Pública, entendida como el abordaje de la salud desde la óptica de lo colectivo, de los riesgos de los grupos de personas. Este enfoque cambia el tradicional concepto asistencialista e involucra a otros sectores sociales y de la administración pública, en el control de los factores de riesgo para la salud (medio ambiente, desarrollo, trabajo, educación y transporte, entre otros), lo cual implica que corresponde a las direcciones departamentales y locales de salud, orientar y desarrollar la infraestructura necesaria e implementar los procesos requeridos para el cumplimiento de las acciones de promoción, prevención, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigidas a la colectividad.

Para ello, las Direcciones Locales de Salud (DLS) cuentan con un mínimo presupuesto, el cual es insuficiente para la ejecución de las acciones en salud pública que requiere la colectividad, lo cual es agravado por el hecho de que, dentro de las fuentes de financiación de los municipios no se cuentan con recursos de destinación específica para garantizar el funcionamiento de las Direcciones Locales de Salud. Se deben financiar con recursos propios; allí se refleja otro problema estructural del SGSSS, el mínimo desarrollo administrativo, gerencial y organizacional de las D.L.S para asumir las múltiples funciones y competencias que les asigna la constitución y las leyes.

La Promoción de la Salud se concibe como un conjunto de acciones eminentemente intersectoriales y de movilización social, orientadas a dotar a la gente de los medios y condiciones para ejercer un mejor control sobre el entorno, su salud y la de su comunidad, a diferencia de las acciones específicas e individuales de información e inducción de la demanda integradas al Plan Obligatorio de Salud cuyo cumplimiento debe ser estrictamente vigilado por las Direcciones Locales de Salud, con el acompañamiento del Departamento.

Se entiende por Prevención de la Enfermedad aquellas acciones dirigidas a evitar que el daño en la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

En los procesos de salud pública se concede particular importancia a la Vigilancia en la Salud Pública, refiriéndose al proceso continuo y sistemático de recolección, análisis y divulgación de los datos de salud con miras a su utilización oportuna en la prevención y control de enfermedades, dejando en claro que su finalidad no es la simple construcción de información en salud, la investigación epidemiológica o la evaluación, sino esencialmente la de orientar el qué hacer en salud pública.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la vigilancia es responsabilidad de las entidades territoriales, a través de las Direcciones de Salud, y en su funcionamiento deben participar todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, los otros sectores y la comunidad.

Finalmente, con respecto a los factores de riesgo del ambiente la DLS debe realizar no sólo acciones de promoción y prevención, sino también de Inspección, Vigilancia y control. A este respecto es pertinente aclarar que (en todo caso) el sector salud, realiza acciones de inspección y vigilancia de todos los factores de riesgo del ambiente, pero solamente ejerce el control sobre las áreas de Alimentos, Zoonosis, Vectores, Establecimientos de alto riesgo en salud pública (Terminales portuarios, establecimientos educativos, Instituciones de Salud, Cuarteles, Cárceles, Coliseos, Plazas de mercado, entre otras), y Espacio Público. Las acciones de control y sanción en lo referente agua, excretas, basuras, calidad del aire, ruido, vertimientos, residuos sólidos y líquidos, recaen en las autoridades ambientales y en la Superintendencia de Servicios Públicos (Acueducto, alcantarillado y aseo). En todo caso, las acciones de Control deben tener apoyo policivo y ejercerse en cabeza de los alcaldes (Ley 323 de 1995).

Dichas acciones de Salud Pública se complementan con el nuevo Plan de salud pública de intervenciones colectivas entendido como el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo de el Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el plan nacional de salud pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del SGSSS.

Este nuevo plan de salud pública debe ajustarse a las particularidades de cada territorialidad y se caracteriza por que las acciones que desarrolla son de carácter gratuito, de obligatorio cumplimiento, de cobertura universal, y complementarias a las acciones que adelantan los otros planes de salud y

otros sectores, mediante la implementación de los procesos requeridos para el cumplimiento de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigidas a la colectividad.

Es importante enfatizar que el plan de salud pública no se encarga de aquellas acciones de protección específica, detección precoz y atención específica como programas de interés en Salud Pública y que se encuentran claramente definidas en la Resolución 412 de 2000, tales como el control prenatal, los controles de crecimiento y desarrollo, la toma de citologías cérvicouterinas, la prevención y el control de la Lepra y la Tuberculosis, La Hipertensión y la Diabetes, Atención integral a gestantes, la prevención y el control de las ITS, VIH-SIDA la fluorización y detartraje y la vacunación con los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, entre otros, las cuales son fundamentalmente de carácter individual y hacen parte del POS y POS - S. Sin embargo compete a la DLS, vigilar las coberturas de estos servicios y verificar el desarrollo de estrategias de inducción de la demanda por las EPS para los regímenes subsidiado y contributivo, desarrollar estrategias para la orientación de las personas hacia los servicios que ofrece el Plan Obligatorio de Salud y el seguimiento a las acciones de diagnóstico y tratamiento requeridos según el caso.

4.6 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Las organizaciones sociales son el fundamento de las relaciones sociales en las sociedades modernas y es en ellas donde se dan los procesos de socialización, identidad cultural, diferenciación individual y adquisición de roles, necesarios para darle vida orgánica a una comunidad o a una sociedad

4.6.1 Participación de grupos poblacionales especiales

La Ley consagra la participación de indígenas, desmovilizados y desplazados en la elaboración y uso de los servicios del plan territorial de salud.

4.6.5 Comités y redes de apoyo

Cuando se formula la pregunta ¿Cuáles son los comités y redes de apoyo para la promoción de la salud que están conformados y operan actualmente en el municipio?. Los resultados encontrados son los siguientes:

- **Los COPACO:** está definido como el espacio de participación de las comunidades donde se promueven la solidaridad, la cultura de la corresponsabilidad y la democracia para proponer acciones que fortalezcan la salud pública y el desarrollo integral de condiciones saludables para los habitantes de las localidades. .
- **La alianza o asociación de usuarios:** Son agrupaciones de personas afiliadas del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario. Se pueden describir como “sindicato de pacientes”. Por orden de la ley, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deben convocar a las personas afiliadas del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de Alianzas o Asociaciones de Usuarios y usuarias. Dichas asociaciones las conforman un número plural de personas usuarias de los servicios de la respectiva EPS o ARS o entidad de salud. Las Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios y usuarias. En el estudio se refleja que en el Departamento podemos encontrar que todos los municipios cuentan con Asociaciones o Alianzas de usuarios (100%).
- **Veedurías:** El control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos y ciudadanas por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional.
- **Comité de Ética Hospitalaria:** Son agrupaciones que tienen varias funciones y dentro de ellos es obligatorio, que este una persona representante de las y los pacientes. El Comité de Ética Hospitalaria debe: Promover programas de promoción y prevención, en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público; divulgar entre funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud; velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna; proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento. En diez de los trece municipios entrevistados se han conformado y funcionan actualmente Los Comités de Ética Hospitalaria correspondiendo al 76.9%.

Otras redes con participación comunitaria para el abordaje de diferentes problemáticas al interior de las comunidades:

- Red de Salud Mental.
- Red de Salud Sexual y Red del Buen Trato.
- Red Antituberculosa y Comité de Plaguicidas.

4.7 DIAGNÓSTICO FINANCIERO

Desde la promulgación de la Constitución Política en 1991, se le ha dado un gran impulso a la financiación del sector salud. Gracias a ello, la participación de los recursos asignados al sector ha venido creciendo como participación del Producto Interno Bruto (PIB). En la actualidad el sector salud se financia principalmente con los ingresos corrientes de la Nación, de los cuales los fondos para el Sistema General de Participaciones (SGP) representan un porcentaje importante.

De acuerdo al artículo 47 de la Ley 715 de 2001, los recursos del Sistema General de Participaciones se destinan a los siguientes componentes:

1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.
2. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
3. Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

El acto legislativo número 4 de 2007 reformó el artículo 357 de la Constitución Política de Colombia en el sentido de cambiar la fórmula para el cálculo de las transferencias desde el nivel nacional a los territorios. De acuerdo al párrafo transitorio 1 del artículo 4 de este acto legislativo, el monto del Sistema General de Participaciones, SGP, de los Departamentos, Distritos y Municipios se incrementará tomando como base el monto liquidado en la vigencia anterior. Durante los años 2008 y 2009 el SGP se incrementará en un porcentaje igual al de la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 4%. Durante el año 2010 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de

La Ley 1122 de 2007 establece en su artículo 9 con respecto a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud que en los próximos tres años se deberá alcanzar la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema. Para ello, se reglamenta la transformación progresiva de los recursos del Sistema General de Participaciones, los cuales se transformaron en 2007 en el 56%, el 61% en 2008 y el 65% a partir de 2009. En tal sentido y para el logro de la cobertura universal en el aseguramiento al régimen subsidiado se reglamenta además en esta Ley que los recursos obtenidos por el monopolio de los juegos de suerte y azar y los transferidos por Etesa se destinarán a la financiación del régimen subsidiado. Asimismo, se establece una transformación obligatoria del 25% del total de las rentas cedidas a partir de 2009.

El decreto 2878 de 2007 en su artículo 7 establece que los aportes patronales no podrán crecer por encima de la inflación causada en el respectivo período, por lo que a partir de 2008 el Departamento Nacional de Planeación está ejerciendo el control respectivo.

4.7.1 RENTAS CEDIDAS:

Las rentas cedidas a los departamentos para la financiación del sector salud dentro de las cuales se tiene licores, cerveza, lotería, y apuestas permanentes han presentado un crecimiento muy importante, principalmente la renta de licores desde la promulgación de la ley 488 de 1998 y en el año 2002 con la reforma tributaria Ley 788 de ese año.

Desde hace varios años los ingresos por concepto de juegos de suerte y azar en cuanto a loterías se han venido disminuyendo ocasionado principalmente por la saturación del mercado. Aunque la Lotería de Risaralda se ha mantenido como una de las entidades eficaces en el concierto nacional para la generación de recursos para el sector salud, no se puede desconocer que sus aportes desde 2001 se han visto reducidos de forma importante.

En las transferencias que la Nación realiza al Departamento de Risaralda en sus componentes de Prestación de Servicios, Régimen Subsidiado y Salud Pública, se observa que, durante las vigencias 2002 a 2007, a nivel de municipios la mayor participación se encuentra en el Régimen Subsidiado, lo que se refleja en un mayor beneficio para la población más pobre del departamento sin capacidad de pago y más posibilidad para acceder a los servicios de salud a través de un subsidio que le ofrece el Estado.

4.7.2 Perspectivas Financieras.

Desde la entrada en vigencia de la ley 812 de 2003, se ha trazado el plan de universalización del régimen subsidiado, con el consecuente redireccionamiento de los recursos. Concatenado a ello, se promulga la Ley 1122 de 2007, en la cual se norma la transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones en el 56% para 2007, 61% para 2008 y a partir del 2009 el 65%. Con respecto a rentas cedidas, se establece su transformación obligatoria del 25% a partir de 2009.

Esta transformación trae como consecuencia la disminución de los recursos que venían recibiendo las entidades territoriales para la financiación de la atención a la población pobre no afiliada al régimen subsidiado.

La reglamentación a la distribución y uso de los recursos del SGP, tiene por objeto garantizar el mejoramiento en la prestación de los servicios de los usuarios, fortaleciendo los programas de salud pública (Decreto 3039 de 2007) y la organización y funcionamiento de las redes de prestación de servicios de salud. Es así como el Nivel Nacional establece un crecimiento real del SGP del 4% en el 2008 y 2009, de 3.5% en el 2010 y de 3% entre 2011 y 2016.

2009-2011

Para la proyección del SGP para Prestación de Servicios vigencias 2009 – 2011 en el Departamento, se aplicó el porcentaje establecido por la Ley en cada vigencia, registrando \$19.596, \$21.207 y \$22.896 millones respectivamente, lo cual, se refleja en una variación porcentual 2008-2007 del 2.55%, 8.84% 2009-2008 creciente, 9.20% 2009-2010, 2010-2011 del 8.75%. Del resultado obtenido se determina que cada vez los recursos para las entidades territoriales cada son menos mientras las necesidades de la población van en ascenso.

En relación con el Régimen Subsidiado se observa que para cada período los recursos se incrementan (8 puntos aproximadamente) para garantizar la continuidad de la afiliación de la población no asegurada.

Con respecto al componente de Salud Pública respetando el porcentaje del 10.1% de asignación para acciones prioritarias en salud, el cálculo refleja un incremento considerable para la financiación de las acciones de salud pública.

5. PROCESAMIENTO ESTRATÉGICO BAJO EL ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO.

5.1 VISION

En el 2011 el Plan de Salud Territorial logrará el mejoramiento del estado de salud de la población Marsellés, mediante la Asunción de las competencias y responsabilidades asignadas en materia de salud pública; que incluirá la prestación con calidad de todos los servicios del nivel uno de atención para la población en general a través de su ciclo vital, con enfoque de equidad de género y obteniendo los mejores indicadores de gestión, acción social y calidad de vida para todo el municipio.

5.2 MISIÓN

La misión del Plan de Salud Territorial, es promover y mantener la salud de la población Marsellés, evitando la progresión y desenlaces adversos de la enfermedad, mediante la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, enfrentando los retos del envejecimiento de la población, la transición demográfica, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan, con la participación activa de los actores del SGSS; bajo los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, intersectorialidad y participación social.

5.3. ANALISIS SITUACIONAL

Matriz DOFA,

Se construyó teniendo en cuenta los ejes programáticos definidos en la resolución 425 de 2008.

5.3.1 Oportunidades

1. Ampliación de cobertura al régimen de seguridad social en.
2. Disponibilidad y utilización de medios masivos de comunicación.
3. Presencia de otros sectores dispuestos a trabajar con salud
4. Nuevo escenario favorable creado por la Normatividad vigente (Ley de la Infancia y adolescencia, Ley 1122, Decreto 3039 de 2007, Resolución 425 de 2008 y el marco legal y constitucional que faculta a las entidades territoriales a destinar parte de sus recaudos por concepto de licores e impuesto de registro a financiar el sector salud.
5. La Inclusión de acciones de salud pública en otros sectores.
6. Existencia de organismos de cooperación internacional y líneas nacionales de financiación definidas.
7. se cuenta con voluntad y apoyo política a nivel municipal y departamental.
8. posición geográfica favorable que facilita el acceso a los servicios de 2 y 3 nivel

5.3.2 Amenazas

1. La legislación colombiana con respecto al sector salud, pretende llevar más competencias a las entidades territoriales sin asignarles recursos suficientes.
2. Intermediación innecesaria de las Administradoras de Régimen Subsidiado, e integración vertical de las EPS.
3. Disminución de fuentes de trabajo.



4. Número importante de riesgos naturales y antrópicos (Violencia intrafamiliar y violencia social).
5. Hábitos de comportamiento y estilos de vida no saludables
6. Rechazo familiar, social y falta de oportunidad laboral para las personas en situación de discapacidad y minorías étnicas y culturales.
7. Alto porcentaje de determinantes sociales que son competencia de otros sectores que afectan la salud, que no se intervienen y que no son de la gobernabilidad del sector salud.
8. Desintegración del núcleo familiar por migración de los miembros cabeza de hogar dejando la población infantil y adolescente bajo la responsabilidad de terceros, con poca autoridad sobre ellos.
9. Falta de capacidad de respuesta de la red (sistemas de referencia y contrarreferencia).
10. Falta de capacidad de respuesta de la secretaria de salud para apoyar los procesos de asesoría y acompañamiento.
11. Falta de Asunción de competencias de la intermediación en el sector (EPS – ARP)
12. Desconocimiento de deberes y derechos por parte de la comunidad.

Fortalezas

1. Disponibilidad de infraestructura hospitalaria y equipo biomédico que responde a las necesidades del sector.
2. Procesos definidos para Inspección, Vigilancia y Control.
3. ESE municipal con recurso humano calificado para llevar adelante, con eficiencia y eficacia los procesos de salud.
4. Desarrollo del sistema de comunicaciones.

5.3.4 Debilidades

1. Deficiente calidad en la prestación de servicios de salud en el sector privado y público.
2. Precario desarrollo de la Dirección Local de Salud (debido a la falta de recurso económico para fortalecer la capacidad técnica y administrativa).
3. Incumplimiento de la prestación de las acciones de promoción y prevención a los usuarios por parte de los aseguradores y prestadores
4. Deficiente desarrollo del sistema de información en salud.
5. Inconsistencia en la base de datos del SISBEN

5.4. DESCRIPCION Y PRORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS, IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS Y SOLUCIONES.

5.4.1 Determinación y priorización de problemas por ejes programáticos.

Cuadro 5.1. Determinación y priorización de los principales problemas detectados, según los ejes programáticos. Municipio de Marsella. 2008

	Problemas	Probabilidad de Ocurrencia	Impacto	Vulnerable	Total	Priorizado Si (1) No (0)
ASEGURAMIENTO						
1	Multiafiliacion	3	3	1	7	0
2	Gran desfinanciación para la atención a la población no asegurada y la NO POS	3	3	2	8	1
3	Gran inequidad entre los contenidos de los planes de beneficios y la UPC por regímenes	3	3	1	7	0



4	Incremento en la demanda en servicios asistenciales en la población afiliada	2	2	2	6	0
5	Las aseguradoras siguen siendo intermediarios, sin asumir la atención integral y la reducción de los riesgos en salud en la población asegurada	3	2	1	6	0
6	Evasión y elusión	3	3	1	7	0
7	Plan de beneficios fragmentado, no permite la integralidad y continuidad en la atención en salud	3	2	1	6	0
8	Manejo inadecuado del beneficio del aseguramiento por parte del grupo familiar					
9	Desconocimiento de los deberes y derechos por parte de la población					
SISTEMAS DE INFORMACIÓN						
9	Escaso desarrollo e implementación de bases de información integradas y confiables entre los diferentes actores del SGSSS	3	3	2	8	1
10	La deficiente cultura y capacitación en el personal asistencial y administrativo para utilizar como herramienta de trabajo los avances tecnológicos y Sistemas de Información	3	3	2	8	1
11	Los altos costos para viabilizar la conectividad eficiente en la atención en salud	3	3	2	8	1



12	La fragmentación de los procesos del SGSSS que debilita la integridad conceptual.	3	2	3	8	1
13	PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD					
14	Dificultad para el acceso de los servicios de salud por parte de la población rural	3	3	2	8	1
15	Dificultad para el acceso a las acciones de p y p de carácter individual	3	3	3	9	1
16	Restricciones de acceso y de capacidad de oferta a los servicios de tratamiento y rehabilitación en el segundo y tercer nivel con énfasis en lo ambulatorio y programado	3	3	2	8	1
19	Insuficiente apropiación de la gestión del riesgo en la prestación de servicios de salud con calidad	3	3	3	9	1
20	Débil entrenamiento y alta rotación del personal asistencial para la atención integral en salud.	3	2	1	6	0
	EMERGENCIAS Y DESASTRES					
21	Comunidad marsellés expuesta a condiciones de alto riesgo por: sismo, vendavales, movimientos en masa, brotes, intoxicaciones y acciones de carácter intencional generadas por el hombre	3	3	3	9	1



SALUD PUBLICA Y PROMOCIÓN SOCIAL						
22	Deficiente infraestructura sanitaria en la zona rural del municipio	3	3	2	8	1
23	Hábitos y estilos de vida no saludables	3	3	2	8	1
24	Insuficiente desarrollo de la cultura de participación social en salud	3	2	2	7	0
25	Incremento en el consumo de sustancias psicoactivas con inicio en edades tempranas	3	3	2	8	1
26	Deficiente desarrollo de las DLS	3	2	2	7	0
27	Insuficiente capacidad de respuesta en la Dirección Departamental de Salud	3	3	3	9	1
28	desnutrición en la población infantil	3	3	2	8	1
29	Baja cobertura en los programas de interés de Salud Pública	3	3	2	8	1
37	Disfuncionalidad familiar y social	3	3	2	8	1
30	Cambio de la estructura poblacional (incremento de la población adulto mayor)	3	3	2	8	1
40	Alta morbi-mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (cardiocerebrovascular) y cáncer	3	3	2	8	1
41	Incremento de las enfermedades transmisibles (TBC-VIH)	3	3	2	8	1
42	Alto movimiento poblacional, incremento en la población en situación de desplazamiento.	3	3	2	8	1



43	Alto grado de desprotección en la población discapacitada.	3	2	1	6	0
	Falta de una política pública, social, integral e intersectorial					
	No existe atención en salud mental en situaciones de crisis en la población urbana y rural	3	3	3	9	1
	Atención fragmentaria a los y las campesinas en relación a la salud mental y física	3	3	3	9	1
	Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población en general	3	3	3	9	1
	Falta de personal para atender problemática social	3	3	3	9	1
	No opera el Consejo de Política Social	3	3	3	9	1
	Ausencia de investigación de las problemáticas sociales	3	3	3	9	1
	No se aplica Ley de infancia	3	3	3	9	1
	Falta de espacios y programas para la recreación	3	3	3	9	1

5.4.2 Árbol de problemas, causas y soluciones por ejes programáticos

Cuadro 5.2. Árbol de problemas, causas y soluciones por ejes programáticos. Municipio de Marsella. 2008

ASEGURAMIENTO			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Transformación de los recursos de oferta a demanda		Transformación de recursos de oferta a demanda	Ampliar cobertura del aseguramiento en los régimen contributivo y subsidiado
Gran desfinanciación para la atención a la población no asegurada y lo NO POS	Reducción de recursos del SGP y de rentas cedidas para la atención a la población no asegurada y NO POS	Disminución de recaudo por concepto de Lotería	Gestionar recursos para mejorar la calidad, oportunidad y accesibilidad de la población pobre no afiliada y lo NO POS
		Menor aporte de cofinanciación del nivel Nacional para la atender poblaciones especiales	
Gran inequidad entre los contenidos de los planes de beneficios y la UPC por regímenes		Política de Estado, encargado de definir planes de beneficios y valor de la UPC	
Plan de beneficios fragmentado, no permite la integralidad y continuidad en la atención en salud	Inequidad entre planes de beneficios según el régimen de afiliación, lo que no permite la integridad, oportunidad y calidad de la atención	Desarticulación de los actores del SGSSS, incluyendo desde el usuario hasta las entidades responsables del pago	Mejorar y articular la red de servicios de salud

CONSTRUYENDO CONFIANZA

CARLOS ANDRES GOMEZ ESCOBAR



Las aseguradoras intermediarios, sin asumir la atención integral y la reducción de los riesgos en salud en la población asegurada		Modelo de atención que privilegia lo curativo sobre lo preventivo y el rendimiento económico sobre el social.	
Incremento en la demanda en servicios asistenciales en la población afiliada	Incremento en la demanda en servicios asistenciales y en la patología de alto costo en la población no afiliada.		Mejorar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
Incremento en la patología de alto costo que debe asumir la entidad territorial		Baja cobertura en las acciones de p y p en los prestadores y aseguradores	
Evasión y elusión	Evasión y elusión	Falta de cultura ciudadana y empresarial para reconocer la importancia del aseguramiento.	



SISTEMAS DE INFORMACIÓN			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Escaso desarrollo e implementación de bases de información integradas y confiables entre los diferentes actores del SGSSS	Escaso desarrollo del sistema de información sectorial	Insuficiente desarrollo tecnológico en software y hardware	Mejorar el Sistema de Información del Sector en el Departamento
La deficiente cultura y capacitación en el personal asistencial y administrativo para utilizar como herramienta de trabajo los avances tecnológicos y Sistemas de Información		Recurso humano no calificado ni cualificado	
Los altos costos para viabilizar la conectividad eficiente en todos los municipios del Departamento		La no unificación de los sistemas de información generados por el prestador, asegurador, la entidad territorial, el nivel nacional y los organismos de control	
La fragmentación de los procesos del SGSSS que debilita la integridad conceptual.			



PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Dificultad para el acceso de los servicios de salud por parte de la población rural	Limitantes para la accesibilidad a los servicios de salud, especialmente a la población rural por barreras geográfica, económica y funcionales.	Modelo de atención que privilegia las actividades intramurales	Desarrollar un modelo de atención a la población rural
Dificultad para el acceso a las acciones de p y p de carácter individual en especial en el segundo y tercer nivel		Insuficiente capacidad de oferta de servicios ambulatorios, programados y en actividades de pyp	Renegociar el portafolio de servicios de la red pública de acuerdo a el nivel y grado de complejidad
Restricciones de acceso y de capacidad de oferta a servicios de tratamiento y rehabilitación en el segundo y tercer nivel con énfasis en lo ambulatorio y programado		Sistema de prestación de servicios desarticulado y que no responde al funcionamiento en red.	Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia.
Debilidad en la gestión administrativa y financiera de la ESE	Inadecuada gestión técnica, financiera y administrativa en las ESE'S y en las Direcciones Locales de Salud.	Debilidades en la planeación, seguimiento y evaluación de la gestión del nivel Directivo de las ESE'S, EPS y DLS	Fortalecer la asesoría y la asistencia técnica
Deficiencia en infraestructura física y dotación biomédica en algunas ESE		Deficiente acciones de monitoreo, seguimiento y control en la IVC por parte de la Dirección Territorial	Implementar el sistema de rendición de cuentas en los entes de Dirección y prestación de servicios de salud
Insuficiente apropiación de la gestión del riesgo en la prestación de servicios de salud con calidad		Desconocimiento de los usuarios de sus derechos y deberes	Implementar el sistema de auditoría en compradores y prestadores de servicios de salud
Débil entrenamiento y alta rotación del personal asistencial.		Insuficiente apropiación de la gestión del riesgo en la prestación de servicios de salud con calidad	Fortalecer la asesoría y la asistencia técnica



EMERGENCIAS Y DESASTRES			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Comunidad Risaraldense expuesta a condiciones de alto riesgo por: sismo, inundaciones, vendavales, movimientos en masa, brotes, intoxicaciones y acciones de carácter intencional generadas por el hombre	Comunidad Risaraldense expuesta a condiciones de alto riesgo por: sismo, inundaciones, vendavales, movimientos en masa, brotes, intoxicaciones y acciones de carácter intencional generadas por el hombre	Insuficiente conocimiento del riesgo a nivel territorial y de herramientas para la priorización para su intervención	Mejorar la capacidad sectorial, institucional y comunitaria para la gestión del riesgo mediante la intervención de la vulnerabilidad.
		Carencia de instancias regionales y locales que permitan la concertación intra e intersectorial del componente salud en el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de emergencias y desastres.	
		IPS y DLS con alta rotación de personal que no garantiza la continuidad y calidad de los preparativos de respuesta ante las situaciones de emergencias y desastres.	
		Carencia de un modelo de atención de servicios de salud en situación de emergencia y desastres a través de la red de urgencias	



SALUD PÚBLICA			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Mortalidad infantil	Alta incidencia de Morbimortalidad en la población <5años	Bajas coberturas de vacunación	Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud infantil
		Dificultades de acceso a servicios de salud con calidad	
No de erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles		Deficiente información y orientación a la comunidad sobre deberes y derechos en salud	Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejora las competencias de los individuos las familias y la comunidad en la prevención y control de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI)
Alta incidencia de IRA y EDA		Desconocimiento de los planes de beneficio por parte de los diferentes actores del sistema responsables de la prestación de los servicios con calidad	Abogacía para desarrollar estrategias que promuevan la implementación de entornos saludables para mejorar la salud de la infancia
Desnutrición Infantil		Hábitos y estilos de vida no saludable	Mejorar el acceso y calidad en la prestación de servicios de prevención y control de los riesgo y atención de las enfermedades que afectan la salud de los niños y las niñas
	Entornos no saludables	Fortalecer las alianzas estratégicas entre EPS, IPS Públicas y privadas para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, prevención específica, detección temprana y atención integral en AIEPI	
	Demanda inadecuada de servicios		
Mortalidad materna	Prevalencia e incidencia de eventos que afectan la salud sexual y reproductiva	Baja cobertura y deficiente impacto de los procesos de información y orientación al usuario sobre los planes de beneficios en SSR.	Fortalecimiento de la atención en los procesos de asesoría vigilancia y control en pro de la idoneidad de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva (Gestantes, Ca de Cervix y mama, ITS, VIH-SIDA, Planificación)

CONSTRUYENDO CONFIANZA

CARLOS ANDRES GOMEZ ESCOBAR



Incidencia de Sífilis Gestacional y Congénita	Hábitos y estilos de vida no saludable	Implementar el modelo de MODELO DE GESTIÓN PROGRAMATIA en VIH-SIDA
Alta Incidencia de embarazos no deseados	Deficiencias en la red prestadora de servicios	Fortalecer la formación y/o actualización del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la SSR
Alta incidencia de Embarazos en Adolescentes	Insuficiente recurso humano capacitado	Fortalecimiento de la gestión en la inducción de la demanda.
Mortalidad por Ca de Próstata, Cervix y Mama	Desconocimiento de los planes de beneficio por parte de los diferentes actores del sistema responsables de la prestación de servicios de salud con calidad	Fortalecimiento de la gestión en la vigilancia y control sobre la implementación adecuada de la política de SSR.
Incidencia de disfunciones sexuales	Insipiente procesos de participación social frente a la problemática de la SSR.	Implementar el modelo de servicios amigables para la atención de las y los adolescentes



SALUD PÚBLICA			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Alta incidencia de Tuberculosis	Prevalencia e incidencia de enfermedades transmisibles	Dificultades de acceso a servicios de salud con calidad	Fortalecimiento de la gestión en los procesos de asesoría vigilancia y control en pro de la idoneidad de los servicios de prevención y atención en enfermedades transmisibles (TB, LEPRO)
		Incremento del movimiento poblacional	
Alta incidencia de VIH-SIDA en adultos jóvenes		Falta de intervención adecuada a las comunidades más vulnerables.	Adquirir distribuir y hacer seguimiento y evaluación del acceso oportuno a medicamentos e insumos críticos para el diagnóstico y control de las enfermedades transmisibles
Incidencia y prevalencia de casos de lepra		Factores socioculturales	
		Baja cobertura y deficiente impacto de los procesos de información y orientación al usuario sobre los planes de beneficios en salud.	
		Desconocimiento de los planes de beneficio por parte de los diferentes actores del sistema responsables de la prestación de los servicios con calidad.	Fortalecer las alianzas estratégicas entre EPS, IPS Públicas y privadas para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud prevención específica detección temprana y atención integral de las enfermedades transmisibles



SALUD PÚBLICA			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Alta incidencia de Patología mental	Incremento de la Incidencia y prevalencia de patología mental	Dificultades de acceso a servicios de salud mental con calidad (diagnostico, tratamiento y rehabilitación)	Fortalecer la gestión en los procesos de asesoría asistencia técnica vigilancia y control del cumplimiento de las actividades de prevención, diagnostico, tratamiento y rehabilitación en salud mental
Incremento casos de maltrato intrafamiliar y abuso sexual		Hábitos y estilos de vida no saludables	
Registro de Casos de suicidio e intentos de suicidio		Deficiencia en habilidades y destrezas psicosociales y psicoemocionales	Fortalecer las alianzas estratégicas para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción, prevención específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades mentales
Alta morbimortalidad por violencia y accidentalidad		Incremento del estrés	
Resolución inadecuada de conflictos		Violencia social e intrafamiliar	
Alto consumo de sustancias psicoactivas		Incremento del consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas	



SALUD PÚBLICA			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Alta incidencia de Hipertensión	Prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles	Hábitos y comportamientos inadecuados	Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradores y prestadores para garantizar el desarrollo de acciones de promoción de la salud y protección específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles
Alta mortalidad por infarto de miocardio		Dificultades de acceso a servicios de salud con calidad	
Alta incidencia de Diabetes		Desconocimiento de los planes de beneficio por parte de los diferentes actores del sistema responsables de la prestación de los servicios con calidad	Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria departamental para velar por la reducción de de las oportunidades perdidas e la prestación de los servicios de atención para prevenir y atender las enfermedades no transmisibles
Incremento de la Enfermedad renal crónica		Baja cobertura y deficiente impacto de los procesos de información y orientación al usuario sobre los planes de beneficios en salud.	
Alta morbimortalidad por violencia y accidentalidad		Dificultad para el acceso a las acciones de p y p de carácter individual en especial en el segundo y tercer nivel	
Alta incidencia de discapacidades secundarias a complicaciones de enfermedades cardiovasculares		La fragmentación de los procesos del SGSSS que debilita la integridad conceptual.	



SALUD PÚBLICA			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Alta incidencia de enfermedades de origen Hídrico	Persistencia de patología asociada con factores de riesgo de salud sanitario, fitosanitario y ambiental	Deficiente infraestructura sanitaria en la zona urbana y rural del Departamento	Desarrollo del plan departamental del agua y de su modelo de vigilancia de la calidad
Incidencia de enfermedades transmitidas por vectores		Mala calidad en la prestación de servicios públicos con énfasis en la zona rural	
Incidencia de accidentes por mordedura de perro		Mala calidad de la vivienda	Concertación intersectorial en la implementación de planes integrales de vertimientos y residuos sólidos
Incidencia de intoxicaciones alimenticias y plaguicidas		Hábitos y estilos de vida no saludables	
Alta incidencia de casos de dengue y Malaria		Presencia de comunidades en zonas de alto riesgo	Desarrollo interinstitucional de la estrategia de entornos, escuelas y viviendas saludables
Alta incidencia de discapacidad generada por factores ambientales		Desconocimiento de las normas sanitarias por parte de los prestadores de servicios de salud, de los productores, distribuidores y comercializadores de alimentos, medicamentos y afines	



SALUD PÚBLICA			
Problemas	Problemas Priorizados	Causas	Solución / Objetivo
Baja capacidad de respuesta ante los requerimientos de información.	Insuficiente desarrollo del sistema de Información	Falta de un sistema único de información en salud	Fortalecer la gestión para el seguimiento a la vigilancia epidemiológica
		Deficiente desarrollo del sistema de información	Fortalecer los procesos de asesoría y asistencia técnica por parte de Secretaría de Salud
Falta de consistencia en la información básica para la vigilancia epidemiológica		Falta de la cultura del dato	Garantizar estabilidad y capacitación del recurso humano responsable del sistema de información a nivel de toda la red de pagadores y prestadores.
		Alta rotación del personal administrativo y asistencial en salud	Desarrollar el sistema único de información en salud
Falta de calidad y oportunidad de la información de interés en salud pública.		Insuficiente recurso humano Institucional, capacitado para administrar los sistemas de información en salud.	Fomentar la cultura del dato
		Insuficiente desarrollo gerencial de la DLS.	Fortalecer el soporte técnico que facilite el desarrollo del sistema de información

6. PLANEACION INDICATIVA EN SALUD

Conforme a la resolución 0425 de 2008, se adoptan y se presentan los programas y subprogramas que quedaran involucrados en el plan de desarrollo y resumidos a continuación

PLAN DE DESARROLLO 2008 – 2011

Programa ---: Aseguramiento equitativo y efectivo

Ampliar la cobertura del sistema general de seguridad social, promoviendo los mecanismos disponibles en la Ley para acceder a los diferentes planes de beneficios dados por el régimen contributivo, régimen subsidiado y a los servicios ofrecidos a la población vinculada.

Se tendrá como prioridad aumentar la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud todas las mujeres Gestantes y los recién nacidos.

Metas de Resultado	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Incrementar del 45% al 82,7% la población asegurada al SGSSS recibiendo los beneficios del plan obligatorio de salud, en los regímenes contributivo y subsidiado, durante el cuatrienio.	Población asegurada al SGSSS	Porcentaje	42.6%	82.7%

Subprograma ---: La Seguridad Social una prioridad

Ampliar la cobertura del sistema general de seguridad social, promoviendo los mecanismos disponibles en la Ley para acceder a los diferentes planes de beneficios dados por el régimen contributivo, régimen subsidiado y a los servicios ofrecidos a la población no asegurada según Censo DANE 2005.

Metas de Producto	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Mejorar la promoción de la afiliación a la seguridad social	% de personas inscritas régimen subsidiado del total de cupos disponibles	%	45%	82.7%
Base de datos de priorizados actualizada	Base de datos actualizada	1	1	1
Sostenibilidad del no. cupos de la Población pobre vulnerables del municipio	Nº de cupos régimen subsidiado de sostenibilidad por municipio	Personas	442	442
Mejoramiento de la capacidad de respuesta de la DLS.	100% adquisición de equipo y software	DLS Fortalecida	1	1
100% de EPS cumpliendo con la oportunidad en el flujo de recursos	% de EPS cumpliendo con la oportunidad en el flujo de recursos	%	100%	100%

Programa --: Prestación y desarrollo de servicios de salud con calidad y calidez.

Fortalecer la red de Prestadores Públicos de Servicios de Salud de tal forma que se mejore para la población Marsellés la accesibilidad, oportunidad y continuidad a servicios seguros e integrales de salud del 1er nivel de complejidad.

Metas de Resultado	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Fortalecer los componentes de calidad eficiencia y accesibilidad a la red de servicios de salud a nivel municipal en coordinación con SSD, EPS, ESE y ARP	Red de prestación de servicios de salud a nivel municipal, cumpliendo con el sistema de garantía de la calidad	1	1	1

Subprograma --: Mejoramiento de la calidad, eficiencia y accesibilidad en la prestación de servicios de salud buscando la sostenibilidad financiera de la ESE.

Desarrollar e implementar el sistema de evaluación de gestión y resultados de la ESE Hospital San José, soportado en una cultura de rendición de cuentas que permita monitorear la eficiencia y eficacia en la inversión de los recursos del sector.

Acompañar en forma sistemática a la ESE Hospital San José en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad a través de la implementación y desarrollo de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y de auditorías de cumplimiento y pertinencia de las acciones que se brindan a la población usuaria de los servicios.

Metas de Producto	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Red municipal para la prestación de servicios de salud operando de acuerdo a los contenidos del POS	Red de servicios ofreciendo el 100% del POS de 1er nivel	% de servicios POS ofrecidos	ND	100%
Población no afiliada al SGSSS accediendo a los servicios de Salud y Población Subsidiada accediendo a los servicios No POS.	No consultas a vinculados rechazada	Consultas rechazadas	ND	0
Municipio beneficiado con la telemedicina	Servicio de Telemedicina	1	0	1
% de cumplimiento de los indicadores de gestión en salud pública por parte de la ESE	% de cumplimiento de los indicadores de gestión	%	40%	100%
% de EPS, presentes en el municipio contratando con la ESE, según normatividad vigente	% de EPS, contratando con la ESE, según normatividad vigente	%	75%	100%

Programa ---: UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD PUBLICA MUNICIPAL

Entendida la Salud Pública como la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados del Estado y la sociedad, el componente de Salud Pública del Plan Municipal de Salud, agrupa las acciones de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y control y de los factores de riesgo, en pro de una salud pública integral, mediante el desarrollo de programas prioritarios de promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades de interés en salud pública acordes a la normatividad vigente, y al desarrollo de las competencias municipales con la participación social. para mantener, proteger y promover la salud y apoyar las garantías de eficiencia, sostenibilidad, subsidiaridad, equidad y paridad en las políticas, programas y servicios para la salud.

Metas de Resultado	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Salud infantil				
Reducir de 16,4 a 15 o menos por 1,000 N.V. la tasa de mortalidad evitable en <1 año	Tasa de mortalidad en <1 año por 1000 NV	Tasa	16.4	<15
Salud sexual y reproductiva				
Mantener por debajo de <62,4 x 100,000 N.V. la tasa de mortalidad materna.	Tasa de Mortalidad Materna evitable x 100.000 nacidos vivos	Por 100.000 nacidos vivos	0x 100.000 N.V.	<62.4 x 100.000 N.V.
Mantener en <7 x 100.000 la tasa de mortalidad por Cáncer de cuello uterino en mujeres entre 25 - 69	Tasa de Mortalidad por Cáncer de cuello uterino	Por 100.000 mujeres	0 x 100.000	<7 x 100.000



Salud oral				
Vigilar el % Población infantil y adolescente escolarizada atendida en salud oral	EPS con adecuado cumplimiento	Porcentaje	30%	60%
Salud mental				
Adaptar el Plan Municipal a la Política Nacional de Salud Mental,	Plan	1	0	1
Enfermedades transmisibles y las zoonosis				
Incrementar del 30 al 70% o más la detección de casos de tuberculosis	% de casos detectados	Porcentaje	30%	70%
Incrementar del 78 al 85 el % de curación de los casos de tuberculosis Bk+	% de curación	Porcentaje	78%	85%
Enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades				
Controlar en un lapso de 6 meses el 80% de los casos de Hipertensión detectados	Porcentaje de hipertensos controlados	Porcentaje	64%	80%
Nutrición				
Mantener <4.6 el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años	Porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años	Porcentaje	<4.6%	<4.6%

Seguridad sanitaria y ambiental				
Implementar la política de salud ambiental a nivel Municipal	Política de salud ambiental implementada a nivel municipal	Política	1	1

Subprograma -----: La Salud Pública una prioridad

Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública, en los términos de la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la salud ambiental.

Metas de Producto	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Salud infantil				
Fortalecer la capacitación en el componente comunitario de la estrategia AIEPI a nivel rural	Estrategia AIEPI	Veredas capacitadas	16	33
Implementar la estrategia de salas UROCs, UAIRACs en comunidades mas vulnerables (resguardo indígena, zonas marginales y población desplazada)	Estrategia de salas UROCs, UAIRACs Funcionando adecuadamente en zonas de mayor vulnerabilidad	1	0	1
Salud sexual y reproductiva				
Incrementar del 69 al 85% la captación de gestantes en el 1er trimestre de su embarazo	Gestantes captadas en el primer trimestre de su embarazo	Porcentaje	69%	85%
Implementar la estrategia de servicios amigables para los y las adolescentes	Estrategia de servicios amigables implementada	1	0	1



Desarrollar una estrategia de educación, información, comunicación y movilización social en salud sexual y reproductiva con enfoque de género y etno-cultural	Estrategia de IEC, desarrollada	Estrategia	0	1
Mejorar la salud oral				
Reactivar el programa de higiene oral para la población infantil y básica primaria a nivel municipal	Municipios con programa de higiene oral en la población infantil y básica primaria reactivado	1	0	1
Mejorar la salud mental				
Fortalecer la Red Municipal del Buen Trato, con énfasis en la prevención de maltrato, abuso sexual y el violencia Intrafamiliar.	Red municipal del Buen trato	Red	1	1
Prevención, detección y atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual.	Víctimas atendidas	Casos	0	100%
Enfermedades transmisibles y las zoonosis				
Incrementar del 10% al 70% la detección de casos de tuberculosis Bk+ existentes en el Municipio	casos de tuberculosis Bk+ detectados en el Departamento	Porcentaje	10%	Mayor a 70%
Fortalecer el grupo de apoyo municipal para la prevención de la tuberculosis y la lepra	Grupo de auto apoyo operando	1	0	1



Enfermedades no transmisibles y las discapacidades				
Promocionar dietas saludables en las familias, guarderías y comedores escolares	Instituciones con estrategia de dieta saludable	Instituciones	0	14
Mejorar la situación nutricional				
Desarrollar a nivel municipal acciones de desparasitación y prevención de las deficiencias de micronutrientes en gestantes y población < 5 años.	Estrategia implementada	Estrategia	0	1
Seguridad sanitaria y ambiental				
Fortalecer a nivel municipal la estrategia de entornos saludables	Estrategia	1	0	1
Aumentar al 100% la cobertura de acueductos con desinfección	Acueductos.	No	70%	100%

Programa -- : Promoción Social

La promoción social de la salud constituye un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla.



Metas de Resultado	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida.	Línea Base	Meta 2008-2011
Fortalecer la participación social en salud.	Nº de organizaciones de carácter comunitario participando activamente en salud	No	5	8
Fortalecer la estrategia de "RED JUNTOS" a nivel municipal.	No de familias beneficiadas con la estrategia de "RED JUNTOS"	Familias	0	450
Fortalecer la estrategia de prevención y control del consumo de sustancias psicoactivas a nivel municipal.	Estrategia para la prevención y control del consumo de sustancias psicoactivas a nivel municipal	1	0	1

Subprograma: Promoción social efectiva y saludable

Fortalecer los mecanismos de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Territorial de Salud.

Metas de Producto	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Seguimiento y vigilancia de la atención en salud a poblaciones especiales	Registro consolidado de las atenciones ofrecidas a las poblaciones especiales.	1	0	1
Fortalecimiento de Estrategia de entornos saludables con la participación social y de otros sectores	Estrategia desarrollada	1	1	1
Prevención del consumo de sustancias psicoactivas con la participación social y otros sectores	Estrategia desarrollada	1	0	1

Programa ---: Prevención, de riesgos ocupacionales y emergencias y desastres

Fortalecer la prevención, protección y atención a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, además de mantener la vigilancia para el estricto cumplimiento de la normatividad en salud ocupacional.

Incrementar la capacidad local para la prevención integral del riesgo de emergencias y desastres, mediante el desarrollo y aplicación de estrategias intersectoriales que incrementen la capacidad municipal y sectorial de prevenir, atender y recuperarse frente a la ocurrencia de emergencias, calamidades o desastres con énfasis en las entidades claves del sector salud en el municipio de Marsella. Es necesario anotar que ante la ocurrencia de emergencias, calamidades o desastres, la realidad exigirá el ajuste de metas y recurso

Metas de Resultado	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Caracterización de los riesgos laborales presentes en los sectores: agrícola, educativo, empresas públicas y administración municipal	No de sectores con caracterización de sus riesgos laborales	Sector	0	4
Caracterización de los riesgos ocupacionales presentes en los hogares marsellese del área rural	Mapa de riesgos ocupacionales presentes en los hogares marsellese del área rural	1	0	1
Adaptación y adopción a nivel municipal del plan sectorial de emergencias y desastres	Plan sectorial de emergencias y desastres adoptado	1	0	1



Subprograma --- : Marsella en pro de la seguridad ocupacional y la preparación para enfrentar las emergencias y desastres

Mejorar la seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral. El compromiso con la promoción de la salud en el trabajo, incluye acciones dirigidas a la población trabajadora informal, con el fin de lograr estilos de trabajo saludables y reducir y mitigar el riesgo de enfermar.

Apoyar y fortalecer el Comité municipal para la Prevención y Atención de Desastres del municipio –CREPAM, y las comunidades e instituciones operativas mediante acciones intersectoriales relacionadas con la prevención, mitigación, preparación, alerta, respuesta, rehabilitación y reconstrucción.

Promoción de la reducción de la vulnerabilidad sectorial (salud, educación, servicios públicos (acueducto), sector agropecuario, pequeña y mediana empresa, vías, entre otros), mediante la identificación de amenazas, vulnerabilidades, riesgos y divulgación de su conocimiento, desarrollo de sistemas de información, intervención de la vulnerabilidad física o funcional, preparación para la respuesta sectorial y promoción de mecanismos administrativos, técnicos y financieros para la recuperación

Metas de Producto	Indicador			
	Nombre	Unidad de Medida	Línea Base	Meta 2008-2011
Estrategia para Informar, sensibilizar y orientar sobre la identificación y prevención de los riesgos laborales	Estrategia desarrollada	1	0	1
Fortalecimiento de los comités municipales de salud ocupacional, CREPAM y plaguicidas	Comités fortalecidos	1	2	3
Caracterización de los riesgos para emergencias y desastres a nivel sectorial, presentes en el municipio	Mapa de riesgos disponible	1	0	1



La programación anual y plurianual, operativa y financiera se resume en los siguientes anexos en los cuales se manejan por cada Eje:

Anexo 1: Planeación operativa en salud.

Anexo 2: Planeación plurianual de inversiones en salud.

Anexo 3: Plan Operativo Anual.

Anexo 4: Plan Operativo Anual de Inversión.