

DEPARTAMENTO DE CASANARE

ALCALDÍA DE AGUAZUL

Plan de Salud Territorial

Secretaria de Salud y Educación

YHORMAN OSWALDO VARGAS RINCÓN – Secretario

CLAUDIA PATRICIA OROZCO PINEDA

Coordinadora de Salud Pública

CONSUELO PINZÓN GUTIÉRREZ

Coord. Vigilancia en Salud Pública

“ HUELLAS DE ESPERANZA ”

2008- 2011

PLAN DE SALUD TERRITORIAL (2008-2011)
SECRETARIA DE SALUD Y EDUCACIÓN DE AGUAZUL

Contenido

Presentación	6
Capítulo 1. Marco conceptual.....	7
Marco jurídico	8
Definiciones	8
Metodología para la elaboración del Plan	10
Fase 1. Generación de las condiciones de planeación.....	10
Fase 2. Elaboración del proyecto de Plan Sectorial de Salud.....	12
Fase 3. Aprobación y socialización de proyectos	12
Capítulo 2. Diagnóstico de la salud de la población.....	14
Características generales del territorio.....	14
Aspectos socioeconómicos.....	25
Aspectos demográficos	18
Riesgos epidemiológicos	36
Perfil de morbilidad	36
Perfil de mortalidad	67
Identificación de riesgos epidemiológicos	73
Prevalencia e incidencia de enfermedades de interés en salud pública.....	89
Situación de la red prestadora de servicios	92
Capacidad instalada de la red pública.....	93
Capacidad instalada de la red privada.....	97
Sistema de referencia y contrarreferencia	97
Capítulo 3. Definición de la Plataforma estratégica	99
Visión del plan territorial de salud.....	99
Misión del plan territorial de salud.....	99
Propósito plan territorial de salud.....	99
Enfoques del Plan Territorial de Salud.....	100

Enfoque poblacional.....	100
Enfoque de determinantes de la salud.....	100
Enfoque de gestión social del riesgo	102
Principios del plan territorial de salud	102
Universalidad.....	105
Equidad.....	105
Calidad.....	105
Eficiencia.....	106
Responsabilidad.....	106
Respeto por la diversidad cultural y étnica	106
Participación social.....	106
Intersectorialidad.....	107
Lineamientos de política.....	107
Promoción de la salud y calidad de vida	108
Prevención de los riesgos.....	108
Recuperación y superación de los daños en salud.....	109
Vigilancia en salud y gestión del conocimiento	110
Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública y cumplimiento de los Objetivos del Milenio para salud.....	111
Estrategias para la implementación de políticas en salud.....	112
Estrategias de Promoción de la salud y calidad de vida.....	112
Estrategias de Prevención de los riesgos	112
Estrategias de Recuperación y superación de los daños en salud	113
Estrategias de Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.....	114
Estrategias de Gestión integral para el desarrollo del Plan	115
Prioridades y metas nacionales	116
Ejes programáticos.....	¡Error! Marcador no definido.
Aseguramiento.....	116
Prestación y desarrollo de los servicios de salud	116
Salud pública.....	117
Promoción social.....	122
Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales	122
Emergencias y desastres	122
Capítulo 4. Proyectos por eje programático.....	123

Programa 1. Aseguramiento en salud	123
Proyecto 1.1. Promoción de la afiliación al SGSSS	; Error! Marcador no definido.
Proyecto 1.2. Identificación y priorización de la población a afiliar al RSS	124
Proyecto 1.3. Gestión y utilización eficiente de los cupos en el Régimen Subsidiado .	125
Proyecto 1.4. Adecuación tecnológica y del recurso humano para la gestión de la afiliación	; Error! Marcador no definido.
Proyecto 1.5. Celebración de contratos de aseguramiento;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 1.6. Administración de la base de datos de afiliados;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 1.7. Gestión financiera del giro de recursos.....;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 1.8. Interventoría de contratos del Régimen Subsidiado;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 1.9. Vigilancia y control del aseguramiento.....;	Error! Marcador no definido.
Programa 2. Prestación y desarrollo de servicios de salud ..;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 2.1. Mejoramiento de la accesibilidad de los servicios de salud;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 2.2. Mejoramiento de la calidad de la atención ..;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 2.3. Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas	; Error! Marcador no definido.
Programa 3. Salud Pública;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 3.1. Promoción de la salud y calidad de vida	; Error! Marcador no definido.
Proyecto 3.2. Prevención de riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios);	Error! Marcador no definido.
Proyecto 3.3. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 3.4. Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Pública	; Error! Marcador no definido.
Programa 4. Promoción Social	; Error! Marcador no definido.
Proyecto 4.1. Promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de poblaciones especiales.....;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 4.2. Acciones de salud en la “Red de superación de la pobreza extrema – Red Juntos”	; Error! Marcador no definido.
Proyecto 4.3. Acciones educativas no formales dirigidas a técnicos, profesionales y líderes comunitarios.....;	Error! Marcador no definido.
Programa 5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales;	Error! Marcador no definido.
Proyecto 5.1. Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en los ámbitos laborales	; Error! Marcador no definido.

Proyecto 5.2. Acciones de inducción de la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de riesgos de origen laboral en los ámbitos laborales; **Error! Marcador no definido.**

Proyecto 5.3. Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos profesionales de carácter sanitarios, fitosanitarios, ambientales, en los ámbitos laborales; **Error! Marcador no definido.**

Proyecto 5.4. Acciones de sensibilización para la reincorporación e inclusión de discapacitados en el sector productivo; **Error! Marcador no definido.**

Proyecto 5.5. Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral; **Error! Marcador no definido.**

Programa 6. Emergencias y desastres; **Error! Marcador no definido.**

Proyecto 6.1. Gestión para la identificación y priorización de riesgos de emergencias y desastres.....; **Error! Marcador no definido.**

Proyecto 6.2. Articulación intersectorial para el desarrollo de planes preventivos, de mitigación y superación de riesgos de emergencias y desastres; **Error! Marcador no definido.**

Proyecto 6.3. Fortalecimiento institucional para la respuesta ante situaciones de emergencias y desastres.....; **Error! Marcador no definido.**

Proyecto 6.4. Fortalecimiento de la red de urgencias; **Error! Marcador no definido.**

Capítulo 5. Plan de inversión plurianual.....; **Error! Marcador no definido.**

Programa 1. Aseguramiento en salud.....; **Error! Marcador no definido.**

Programa 2. Prestación y desarrollo de servicios de salud..; **Error! Marcador no definido.**

Programa 3. Salud Pública.....; **Error! Marcador no definido.**

Programa 4. Promoción Social; **Error! Marcador no definido.**

Programa 5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales; **Error! Marcador no definido.**

Presentación

Dando cumplimiento a la Ley 1122 y especialmente a su artículo 2º reglamentado parcialmente por el Decreto 3039 de agosto de 2007, por medio del cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007-2010. Y así mismo a la Resolución 425 de febrero 11 de 2008, por medio de 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.

El Municipio de de Aguazul, por intermedio de la Secretaria de Salud y Educación Municipal adopta y ajusta el Plan Nacional de Salud Pública que a partir de la fecha se denominará Plan Territorial de Salud 2008-2011, elaborado con la participación de todos los actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además con participación de la comunidad, que sirve de indispensable aval al presente documento.

Dando cumplimiento a la normatividad mencionada el presente documento se encuentra incluido dentro del Plan de Desarrollo municipal “**Huellas de Esperanza**” y aprobado mediante Acuerdo 015 de 29 de Mayo de 2008.

Capítulo 1. Marco conceptual

ALCANCES

En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1151 de 2007, la Resolución 0425 de 2008 y sus respectivos anexos técnicos; la Secretaria de salud Municipal tiene a cargo la formulación del Plan Territorial de Salud, el cual debe comprender acciones colectivas y acciones previstas dentro del Plan Obligatorio de Salud contributivo como subsidiado y de riesgos profesionales.

Su formulación se realizó acorde con el perfil epidemiológico del municipio de Aguazul, así como las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud establecidas en el Plan Departamental de Salud, el Plan de Nacional de Salud Pública y las Metas en Salud del Milenio.

El plan de Salud colectiva comprende aquellas intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del municipio, establecidas para el logro de las metas en Salud del presente cuatrienio; que a la vez son complementarias a las **acciones de Promoción y Prevención establecidas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social**

PROPÓSITOS DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD

1. Mejorar el estado de salud de la población Aguazuleña.

2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población del Municipio.

Marco jurídico

- Ley 152 de 1994 Ley Orgánica del Plan de Desarrollo
- Ley 715 de 2001 Ley de competencias y recursos
- Ley 1122 de 2007 Reforma a la Ley 100 de 1993
- Ley 1151 de 2007 Plan Nacional de Desarrollo
- Decreto 3039 de 2007, lineamientos de política para el Plan Nacional de Salud Pública.
- Resolución 425 de 2008. Lineamientos para la elaboración de planes sectoriales de salud.

Definiciones

Con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores en la población, el Plan territorial de Salud articula los siguientes conceptos:

Salud Pública

“La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de

acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”.¹

Enfermedad

“La enfermedad es resultado de un proceso dinámico en el que los agentes etiológicos y factores de riesgo interactúan con el huésped”²

Modelo de atención

“Los modelos de atención en salud son instrumentos prescriptivos que a partir de un conjunto de principios implícitos o explícitos definen los ámbitos de responsabilidad institucional, de vinculación intersectorial, la orientación e importancia de las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención médico-sanitaria; así como las estrategias generales que se proponen para transformar, reorganizar y fortalecer los servicios de Salud.”³

Promoción de la salud

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”⁴

Prevención de la enfermedad

“La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los

¹ República de Colombia. Ley 1122 de 2007

² Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario OMS. Ginebra 1998.

³ Modelo de Atención en Salud. Universidad Autónoma de México

⁴ Carta de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud

factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”⁵

Protección específica

“Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte”.⁶

Detección Temprana

“Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.”⁶

Metodología para la elaboración del Plan

El proceso de elaboración del presente Plan Territorial de Salud fue liderado por el Alcalde del municipio Mauricio Jiménez Pérez, con la participación de los actores sociales e institucionales quienes aportaron su conocimiento y recomendaciones durante el desarrollo del mismo.

Así mismo, se articula con el Plan de Desarrollo “Huellas de Esperanza” en la dimensión social de acuerdo con los términos legales establecidos por la ley orgánica 152 de 1994.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario OMS. Ginebra 1998

⁶ Guías de Promoción de la Salud y prevención de las enfermedades en Salud Pública. Resolución 412. Minprotección Social

Fase 1. Generación de las condiciones de planeación

En la fase de planeación para el desarrollo del presente Plan Territorial de Salud se realizaron las siguientes actividades:

1. Identificación de los principales actores sociales e institucionales de acuerdo con cada uno de los ejes programáticos del Plan Territorial de Salud así:
 - **Aseguramiento:** Empresas promotoras del Régimen contributivo y Régimen Subsidiado con afiliados en el municipio de Aguazul.
 - **Prestación de Servicios de Salud:** Hospital Juan Hernando Urrego, IPS Salud Casanare, IPS Saludcoop, IPS Provensalud
 - **Salud Pública:** Saneamiento ambiental, Policía Ambiental, Comisaría de Familia, Policía Comunitaria, COVECOM.
 - **Promoción Social:** Acción Social, Discapacitados, Personería, Adultos Mayores, Desplazados, IDRA, IVIMA
 - **Emergencias y desastres:** Bomberos, Policía de Carreteras, Defensa Civil
2. La coordinación del equipo técnico fue delegada al Secretario de Salud y Educación Municipal, se estableció un equipo técnico con un especialista en administración en salud y un especialista en epidemiología con experiencia en el área de Salud Pública. Selección y capacitación de los facilitadores para el proceso de elaboración del proyecto del Plan de Salud Territorial
3. Se convocaron las mesas de Trabajo con los sectores para determinar las problemáticas en cada uno de los ejes programáticos.

Fase 2. Elaboración del proyecto de Plan Sectorial de Salud

En la Fase 2 se realizaron las siguientes actividades:

1. Elaboración del diagnóstico situacional del estado de salud de la población del municipio de Aguazul teniendo en cuenta las causas de consulta médica de la IPS pública, el comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria y las prioridades de salud establecidas en la mesa de trabajo de acuerdo con el eje programático.
2. Definición de la plataforma estratégica: visión, misión y propósito acorde con el enfoque y los principios adoptados del Plan Nacional de Salud Pública
3. Síntesis del plan (descripción y priorización de los problemas)
4. Elaboración del proyecto de inversión para garantizar el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan

Fase 3. Aprobación y socialización de proyectos

En la fase 3 se realizaron las siguientes actividades:

1. Presentación del Plan Territorial de Salud para su incorporación al Plan de Desarrollo

2. Elaboración del Plan Operativo anual y aprobación del mismo en el Consejo de Gobierno

Capítulo 2. Diagnóstico de la salud de la población

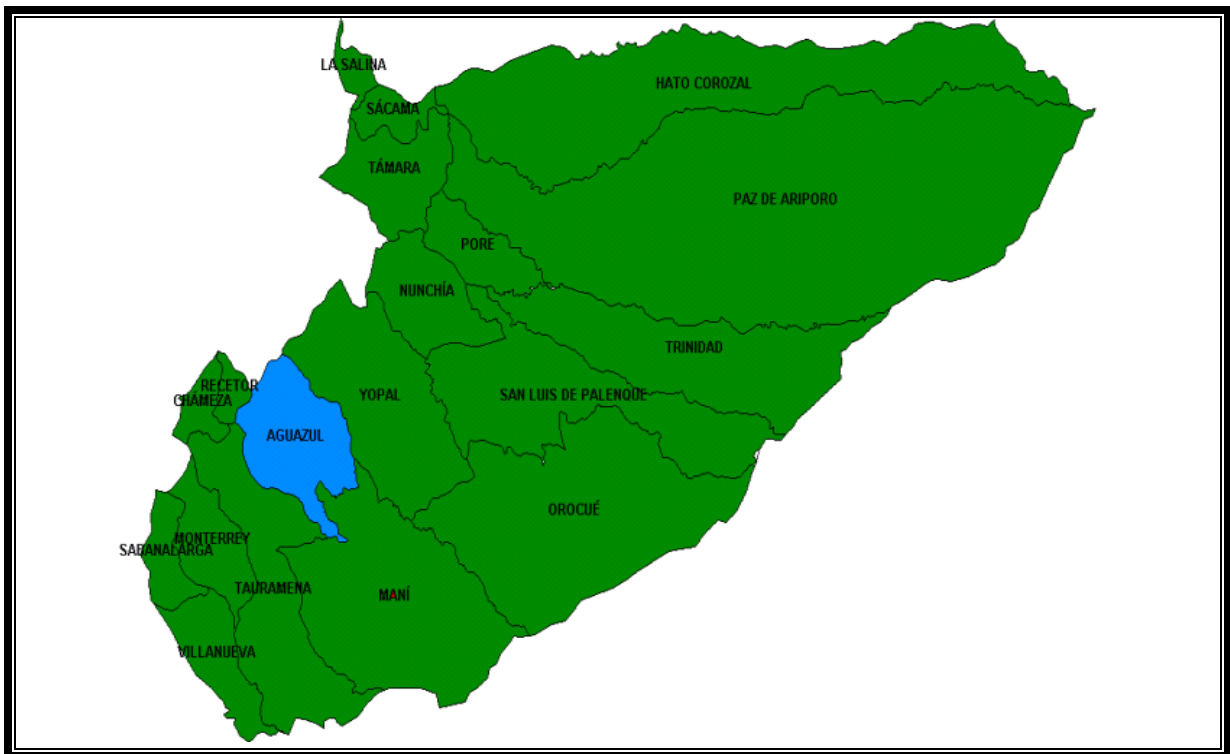
Características generales del territorio

El municipio de Aguazul ubicado en la región central del departamento de Casanare y fundada en el año de 1950 se encuentra a una altura de 290 m.s.n.m. y su área es de 1.487.9 km².

Limites. El municipio de Aguazul limita al norte con el municipio de Pajarito (Boyacá) y Recetor, al sur con el municipio de Tauramena y Maní, al oriente con el municipio de Yopal y al occidente con los municipios de Tauramena y Recetor.

Mapa No.01.

Ubicación geográfica del municipio de Aguazul



Ubicación y Posición Geográfica. El municipio se encuentra a una distancia de 27 km del municipio Yopal, Capital del departamento y a 333km de Bogotá la Capital de la República. Ubicada geográficamente a 5°10' latitud norte y 72°33' de longitud oeste, el municipio es privilegiado en cuanto a la riqueza de su topografía e hidrología que conforman diferentes paisajes, climas y suelos generando recursos ambientales importantes para la región y el país.

Clima. El régimen de lluvias en el municipio tiene un invierno prolongado que se extiende de Abril a Noviembre, seguido de una relativa estación seca muy corta. En general, la precipitación que recibe esta área oscila entre los 2400 y los 3200mm/año, con temperaturas medias anuales de 25°C a 26°C, valores que en conjunto corresponden al régimen climático cálido húmedo.

Hidrografía. Aguazul posee una gran red hídrica compuesta por ríos, quebradas y caños, utilizada en ciertos tramos como vía de transporte fluvial, especialmente en épocas de invierno. El río Charte y el río Únete son las cuencas hidrográficas más importantes del municipio ya que sus afluentes riegan el sesenta por ciento del área. El río Cusiana y algunos de sus afluentes drenan el territorio de Aguazul en su margen derecha aguas abajo.

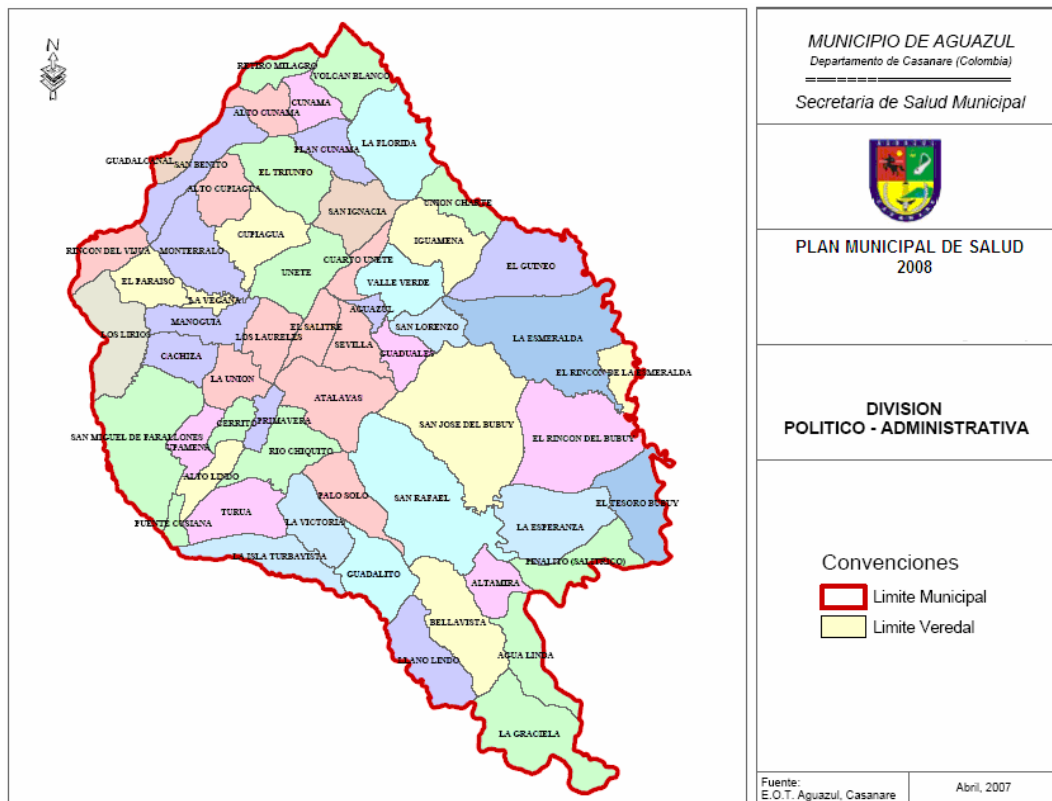
Suelos. El municipio se caracteriza por tener suelos de piedemonte que pertenecen al Pleistoceno antiguo y sus factores de formación cambian constantemente a todo lo largo y ancho del territorio.

Geología. Aguazul al igual que todo el departamento de Casanare evidencia una formación de tipo estructural sobre la cordillera Oriental y un depósito de tipo torrencial sobre el piedemonte y altiplanicies; estos materiales dan origen a la mayoría de los suelos que posee el municipio.

División Administrativa. El municipio presenta como divisiones administrativas tradicionales el sector urbano determinado por el perímetro urbano y el sector rural.

Mapa No.02

Mapa división político administrativo de Aguazul



Las veredas se encuentran integradas en 5 asociaciones llamadas Asocores así: Monterralo, Cusiana 1, La Turúa, Cusiana 2, Bellavista, Charte y San José y las cuales están compuestas por 58 veredas.

El perímetro urbano actual ocupa 912,78 Hectáreas. Dentro del área urbana se localizan los 35 barrios. El perímetro urbano actual esta determinado por el acuerdo 003 del 12 de Marzo de 1994.

Tabla No. 01
Habitantes por Vereda del municipio de Aguazul

VEREDAS DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL					
NOMBRE	HABITANTES	NOMBRE	HABITANTES	NOMBRE	HABITANTES
Aguilinda	48	Altamira	83	Alto Lindo	119
Altos Cupiagua	46	Altos de Cunama	4	Atalayas	218
Bellavista	169	Cachiza	138	Cuarto Unete	124
Cunama	116	Cupiagua	984	El Cerrito	122
Guadacanal	38	El Guineo	127	Esmeralda	151
Isla Turbayista	170	Guadualito	77	Iguamena	165
La Graciela	173	La Esperanza	158	La Florida	79
La Victoria	98	La Unión	121	La Vegana	132
Llano Lindo	113	Laureles	41	Lirios	95
Manoguia	162	Los Guadales	101	Los Sabanales	72
Paraiso	90	Monterral	431	Palo Solo	67
Plan Cunama	48	Primavera	43	Puente Cusiana	137
Retiro Milagro	109	Rincón de la Esmeralda	35	Rincón del Bubuy	119
Rincón Vigua	69	Río Chiquito	253	Salitre	95
Salitrico	60	San Benito	188	San Ignacio	138
San José del Bubuy	633	San Lorenzo	56	San Miguel de Farrallones	216
San Rafael	101	Sevilla	210	Tesoro Bubuy	141
Triunfo	192	Turua	352	Unete	298
Unión Charte	115	Upamena	176	Valle Verde	225
Volcán Blanco	115				

Tabla No. 02
Habitantes por Barrio del municipio de Aguazul

VEREDAS DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL					
NOMBRE	HABITANTES	NOMBRE	HABITANTES	NOMBRE	HABITANTES
Carlos Pizarro	1688	Centro	1582	Cristal	1211
Esteros	415	Jorge Eliécer Gaitán	1434	Las Ferias	1481
Libertadores	1065	Luis María Jiménez	1679	Porvenir	1570
San Agustín	1027	Sevilla	1300	Siete de Agosto	1097
Alcaravan	196	Bello Horizonte	245	Ciudadela Araguaney	593
Diez de Mayo	148	El Oriente	286	Floresta	
La Pradera	867	Las Palmeras	169	Juan Hernando Urrego	286
La Esmeralda		La Fundación		La Espiga	
San Carlos	1058	San Pedro	656	Provipaz	282
Villa Araguaney	651	Villa del Río	187	Simón Bolívar	620
Villa Luz	319	Villa Nancy	170	Villa Laguito	339
Ciudadela Esperanza	954			Villa Sol	14

Aspectos socioeconómicos

Educación

El municipio de Aguazul cuenta con 7 instituciones educativas distribuidas en el área rural (4) y urbana (3) del municipio. De acuerdo al SISBEN existen cerca de 10.124 entre niños y jóvenes en edad escolar: preescolar, básica primaria, básica secundaria y media.

Tabla No. 03
Población escolar estadísticas SISBEN

AÑO	POBLACIÓN ESCOLAR SEGÚN ESTADÍSTICAS SISBEN									
	PREESCOLAR		BÁSICA PRIMARIA		BÁSICA SECUNDARIA		MEDIA		TOTALES	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
2006	1030	342	3359	1238	2346	851	696	256	7431	2687
2007	1030	339	3372	1239	2351	848	690	255	7431	2687
TOTALES	1369		4611		3199		945		10124	
TOTAL POBLACION EN EDAD ESCOLAR AÑO 2007										10124

Fuente: SISBEN, 2007.

Por su parte para el DANE (tabla No.04), la población en edad escolar para el año 2007, es de 8.640 estudiantes, es decir se presenta una diferencia entre la población SISBEN y las cifras de proyección de DANE en 1.484 estudiantes.

Tabla No. 04
Población escolar estadísticas DANE

AÑO	POBLACIÓN ESCOLAR SEGÚN ESTADÍSTICAS SISBEN				
	PREESCOLAR	BÁSICA PRIMARIA	BÁSICA SECUNDARIA	MEDIA	TOTALES
2006	659	4214	2633	1134	8640
2007	659	4214	2633	1134	8640
TOTALES	659	4214	2633	1134	8640
TOTAL POBLACION EN EDAD ESCOLAR AÑO 2007					8640

Fuente: DANE, Censo 2005 con proyecciones 2006 y 2007.

Durante el año 2007, cerca de 7.942 estudiantes asistieron a preescolar, básica primaria, secundaria y media, de ellos, el 64.36% corresponde al sector urbano y el 35.63 al sector rural.

Tabla No. 05
Cobertura Escolar con Población Sisben

COBERTURA EDUCACION POR NIVEL CON POBLACION SISBEN					
AÑO	PREESCOLAR	BASICA PRIMARIA	BASICA SECUNDARIA	MEDIA	TOTALES
2006	47%	95%	78%	74%	95%
2007	46%	88%	78%	78%	78%

Fuente: información recibida de la Oficina de Núcleo Municipal Informes Matricula E. Educativos y Estadísticas SISBEN.

De acuerdo con la tabla anterior, la cobertura en preescolar según SISBEN, en los dos últimos años no ha alcanzado un 50%, evidenciando un alto porcentaje de niños entre 5 y 6 años por fuera de las aulas escolares; la cobertura de básica secundaria a pesar de ser considerable muestra que un 22% de los niños no asisten a las aulas escolares; respecto a la básica secundaria y media se aprecia todavía un bajo nivel de cobertura y observándose una alta deserción al ingreso a básica secundaria.

Tabla No. 06
Cobertura Escolar con Población DANE

COBERTURA EDUCACION POR NIVEL CON POBLACION SISBEN				
AÑO	PREESCOLAR	BASICA PRIMARIA	BASICA SECUNDARIA	MEDIA
2006	98%	100%	94%	62%
2007	96%	96%	95%	66%

La tabla No.06 muestra que la cobertura en preescolar, básica primaria y básica secundaria se encuentra por encima del 95%, y la cobertura de educación

media se encuentra en 65%. Sin embargo, la tendencia durante el período 2004-2007 ha sido decreciente, teniendo en cuenta que el Censo 2005, ajusto las cifras a la realidad poblacional del Municipio.

Servicios Públicos

Acueducto y Alcantarillado. De acuerdo con los datos establecidos por DANE la cobertura del servicio de acueducto es de 79,8% y de alcantarillado es de 73,8%; con una distribución por zona del 2,3% para el área rural y de 97,6% para el área urbana. Cifra superior al promedio nacional (62%) en el 2001, para los municipios de más de 25.000 pero menos de 50.000 habitantes.

Energía Eléctrica. El servicio es prestado por la empresa de Departamental ENERCA S.A. El servicio es irregular y fluctúa continuamente. Los datos establecidos por Censo DANE 2005 la cobertura es de 95,2% y de acuerdo el Esquema de ordenamiento territorial de 2003 la cobertura en el área urbana es de 97% y del área rural de 26%.

Tabla No. 07

SERVICIOS PÚBLICOS EN VIVIENDAS ENCUESTADAS CENSO 2005

VIVIENDAS		URBANA	RURAL	TOTAL
Acueducto	Total	4981	1806	6787
	Si	4934	482	5416
	No	47	1324	1371
Sin energía, acueducto y alcantarillado	Total	23	192	215
Gas Natural	Total	4981	1806	6787
	Si	0	0	0
	No	4981	1806	6787
Teléfono fijo	Total	4981	1806	6787
	Si	2447	74	2521
	No	2527	1730	4257
	No informa	7	2	9

Gas Domiciliario. La Empresa Gases del Cusiana presta el servicio de suministro de gas domiciliario al 95% de las viviendas del área urbana.

Telecomunicaciones. La Cobertura por Censo DANE es de 37,2%. El municipio cuenta con el servicio de telefonía fija y celular. En la actualidad, el servicio es prestado por la empresa de Telecomunicaciones (Telecom) y la Empresa de Telecomunicaciones de la Orinoquia (Teleorinoquia). El servicio de Telefonía celular es prestado por las compañías Corcel y Movistar.

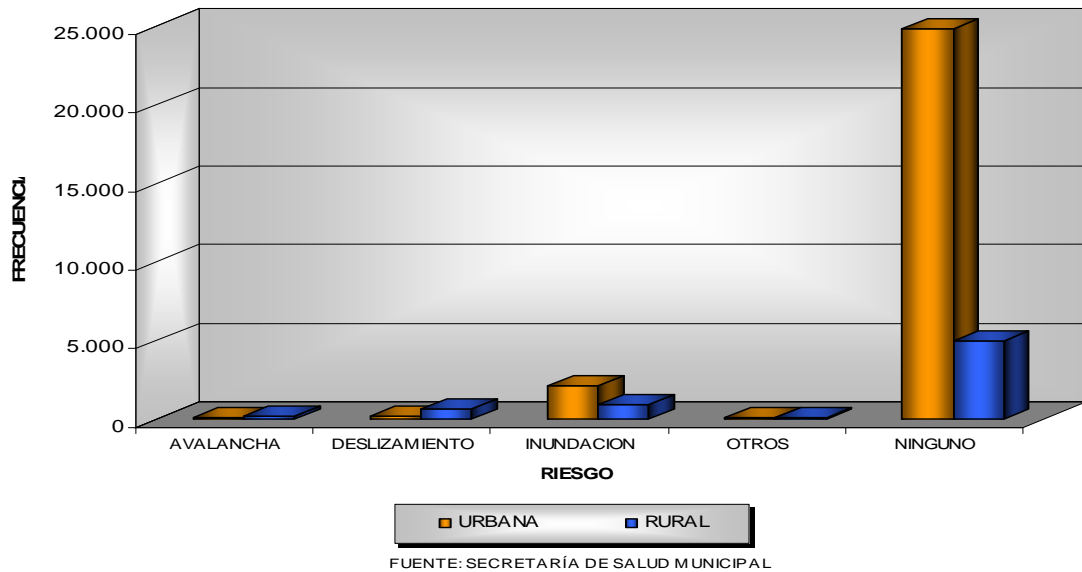
Aseo y recolección de basuras. La prestación del servicio de recolección de basuras es prestado por la Empresa Municipal ESPA con horarios establecidos de Lunes a Sábado de acuerdo con el sector.

Riesgo de la vivienda

El 86,82% no presentan ningún riesgo natural, solo el 8,94% presentan riesgo a inundaciones el 2,65% a inundaciones y el 0,93% a avalanchas; el área más vulnerable para estos riesgos ambientales es la urbana. (Ver figura No. 01)

El material predominante en las paredes de las viviendas del municipio tanto en zona rural como urbana, es bloque, ladrillo, piedra o material prefabricado, madera pulida en el 89,51%; el segundo material predominante es la madera burda con el 4,53%. En lo concerniente al material predominante en el piso (80,27%) tienen cemento o gravilla y el 11,08% baldosa, vinilo, tableta o ladrillo.

FIGURA No. 01
RIESGO DE AMENAZA NATURAL POR VIVIENDA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE. 2006



El estrato socioeconómico predominante en el área urbana es el II con el 57%; para el área rural es el estrato Cero con el 59%.

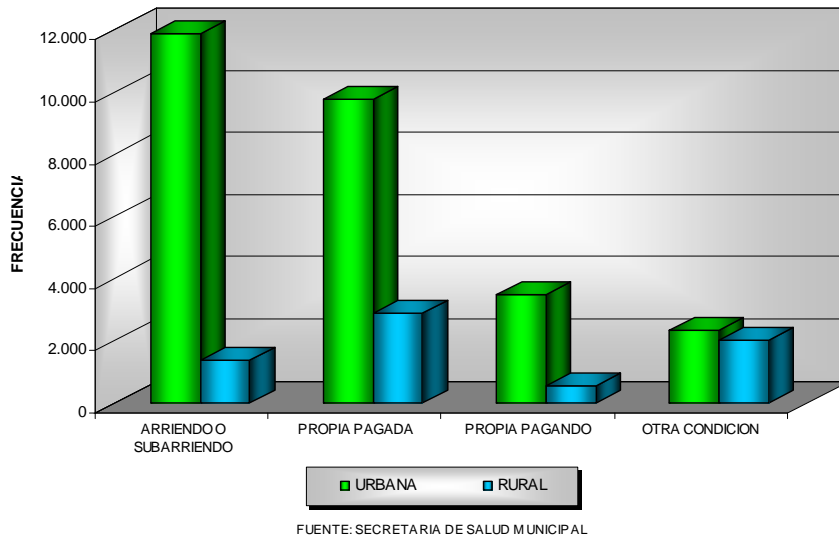
El 38,56% de las viviendas del municipio, viven en arriendo o subarriendo, el 50% se encuentra en vivienda propia o pagando; lo que refleja un promedio medio de poder adquisitivo de la población para la compra de vivienda, siendo en el área rural la vivienda propia la forma de habitar que predomina. (Ver figura No. 02)

El 97,25% de viviendas del municipio ocupa en promedio de uno a tres cuartos; de los cuales el 98,73% utiliza de uno a tres cuartos para dormir.

El 70,76% posee el inodoro con conexión a alcantarillado, siendo la zona urbana la que cuenta con un mayor número de viviendas con esta conexión que

las del área rural. En esta última zona predomina el inodoro conectado a pozo séptico.

FIGURA No. 02
TENENCIA DE VIVIENDA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE. 2006



Los combustibles utilizados para cocinar es en primer lugar, el gas con conexión por tubería en el 61% de las viviendas, seguido por el gas en pipeta o cilindro (18,1%), leña y carbón (18.01), este último con predominio en la zona rural en el 85% de las viviendas.

El 90,77% de las viviendas cuentan con alumbrado eléctrico (14.3% en la zona rural); el 18,32% de los hogares cuentan con electrodomésticos tales como nevera, televisor, lavadora, entre otros, siendo los hogares del área urbana los que más poseen estos equipos comparados con la zona rural.

Actividad Económica

Del total de unidades económicas encuestadas; el 89,7% corresponde al área urbana; de las cuales el 34% son unidades asociadas a viviendas; para el área rural de igual manera el mayor porcentaje de unidades económicas presentes son las asociadas a viviendas con el 84,6%.

En cuanto a la actividad económica, la mayor proporción de unidades económicas encuestadas se dedican a actividades comerciales en un 58%. Este comportamiento se mantiene tanto para el área rural como urbana. Otras actividades informadas son servicios con el 26% e industria el 9%.

Las unidades económicas que brindan en mayor proporción actividades de comercio son las unidades asociadas a viviendas; mientras que las unidades independientes en su mayor proporción se dedican a actividades de servicios.

La producción agrícola del municipio es de tipo tradicional y comercial siendo utilizada principalmente para el autoconsumo y obtener ingresos. La economía campesina del piedemonte del municipio está dedicada a la producción del autoconsumo y a la generación de pequeños excedentes de productos de cultivos de pancoger como yuca, plátano, maíz, etc, que garantizan la seguridad alimentaría y de cultivos comerciales (arroz) que generan excedentes y les permiten adquirir los alimentos o artículos de uso diario que no producen en sus fincas.

Los cultivos más representativos del municipio son arroz, maíz, plátano, yuca, piña, patilla, palma africana y cítricos, de acuerdo con los datos reportados por la Secretaría de Agricultura y Ganadería del Municipio. El sector pecuario, base tradicional de la economía del departamento y municipio de Aguazul, está compuesto por el ganado vacuno, piscícola, caballar, aves y porcinos.

Para Aguazul, el Boletín Estadístico 2004–2006 de la Gobernación de Casanare, reporta que su Hato Ganadero está compuesto por 96.000 bovinos, 550 porcinos, 50 caprinos, 400 ovinos, 500 bubalinos y equinos 2800.

Discapacidad

Según los resultados del censo Dane 2005, en Aguazul en hogares particulares había 1.764 personas con al menos una limitación permanente, representando el 6,4% del total de población. La mayor deficiencia correspondió a la sensorial (ver, a pesar de usar lentes o gafas) con un 38%, seguida de la limitación al moverse o caminar (29,6%), deficiencia al oír aún con aparatos especiales (15,5%) y hablar (14,8%).

En cuanto a la presencia de alguna limitación por sexo, los hombres presentan mayor porcentaje de limitaciones; siendo para ambos sexos el grupo de edad comprendido entre 0 a 4 años el de mayor proporción.

En el área urbana el porcentaje de personas con alguna limitación estuvo entre el 67,1%, mientras que en el área rural fue del 32,8%. Los grupos de edad que más aportan alguna limitación fueron para el área urbana el de 0 a 4 años con el 13,9%; mientras que para el área rural fue el 45 a 49 años con el 11,2%.

Aspectos demográficos

Estructura Poblacional

Según DANE en el 2005, Colombia contó con una población proyectada de 42.090.502; el departamento de Casanare con 282.452 y el municipio de Aguazul con 27.342 habitantes¹.

TABLA No. 08
POBLACIÓN TOTAL CENSADA EN HOGARES PARTICULARES, POR SEXO,
SEGÚN ÁREA Y EDAD.
MUNICIPIO AGUAZUL AÑO 2005

EDAD	URBANA			RURAL			TOTAL		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
0 a 4	2.143	1.083	1.060	829	414	415	2.972	1.497	1.475
5 a 9	2.586	1.310	1.276	924	489	435	3.510	1.799	1.711
10 a 14	2.429	1.258	1.171	938	517	421	3.367	1.775	1.592
15 a 19	1.857	908	949	714	407	307	2.571	1.315	1.256
20 a 24	1.635	714	921	536	278	258	2.171	992	1.179
25 a 29	1.701	782	919	538	264	274	2.239	1.046	1.193
30 a 34	1.705	816	889	578	316	262	2.283	1.132	1.151
35 a 39	1.589	818	771	532	284	248	2.121	1.102	1.019
40 a 44	1.231	639	592	461	266	195	1.692	905	787
45 a 49	904	439	465	375	228	147	1.279	667	612
50 a 54	617	320	297	255	153	102	872	473	399
55 a 59	495	254	241	220	134	86	715	388	327
60 a 64	340	176	164	189	108	81	529	284	245
65 a 69	271	126	145	135	70	65	406	196	210
70 a 74	210	106	104	91	52	39	301	158	143
75 a 79	110	51	59	49	24	25	159	75	84
80 a 84	62	24	38	29	19	10	91	43	48
85 y más	45	25	20	19	12	7	64	37	27
TOTAL	19.930	9.849	10.081	7.412	4.035	3.377	27.342	13.884	13.458

FUENTE: CENSO DANE 2005

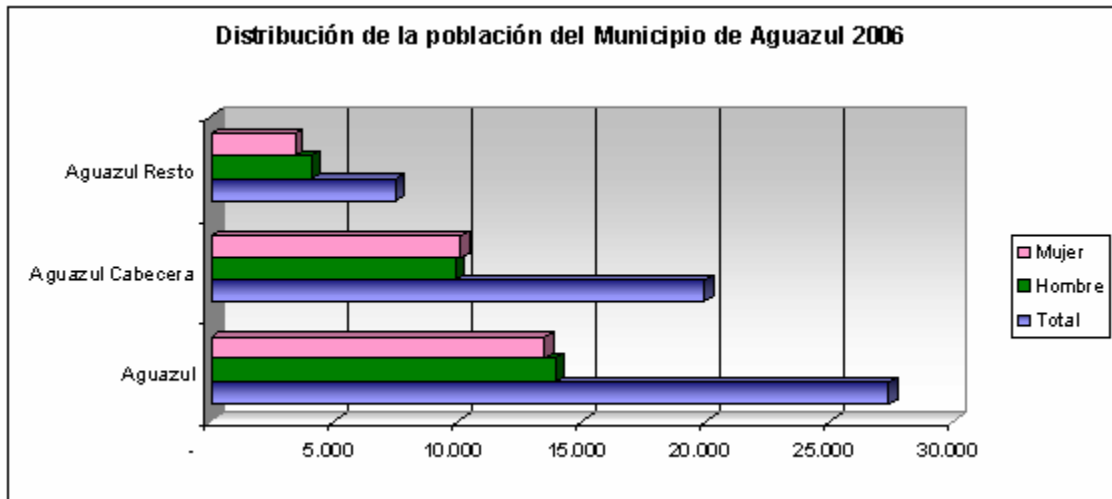
Para el municipio de Aguazul la distribución porcentual en hombres fue del 50,8%, mientras que a nivel nacional fue del 49% y en Casanare fue del 51,3%. Con relación a las mujeres, en Aguazul correspondió al 49,1%, Colombia al 50,8% y el departamento del Casanare al 48,6%.

Según proyecciones del DANE, para el año 2006, la población total del municipio de Aguazul – Casanare es de 28.129 habitantes con una distribución porcentual del 50,7% para hombres y el 49,2% para mujeres.

La distribución de la población por grupos de edad y sexo, muestra cómo la mayor proporción de la población se encuentra en los grupos comprendidos entre

los 15 y 44 años (población económicamente activa), con una diferencia del 1% entre mujeres y hombres, seguida por el grupo de 5 a 14 años, siendo mayor la proporción de hombres.

FIGURA No. 03
POBLACION SEGUN ZONA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006



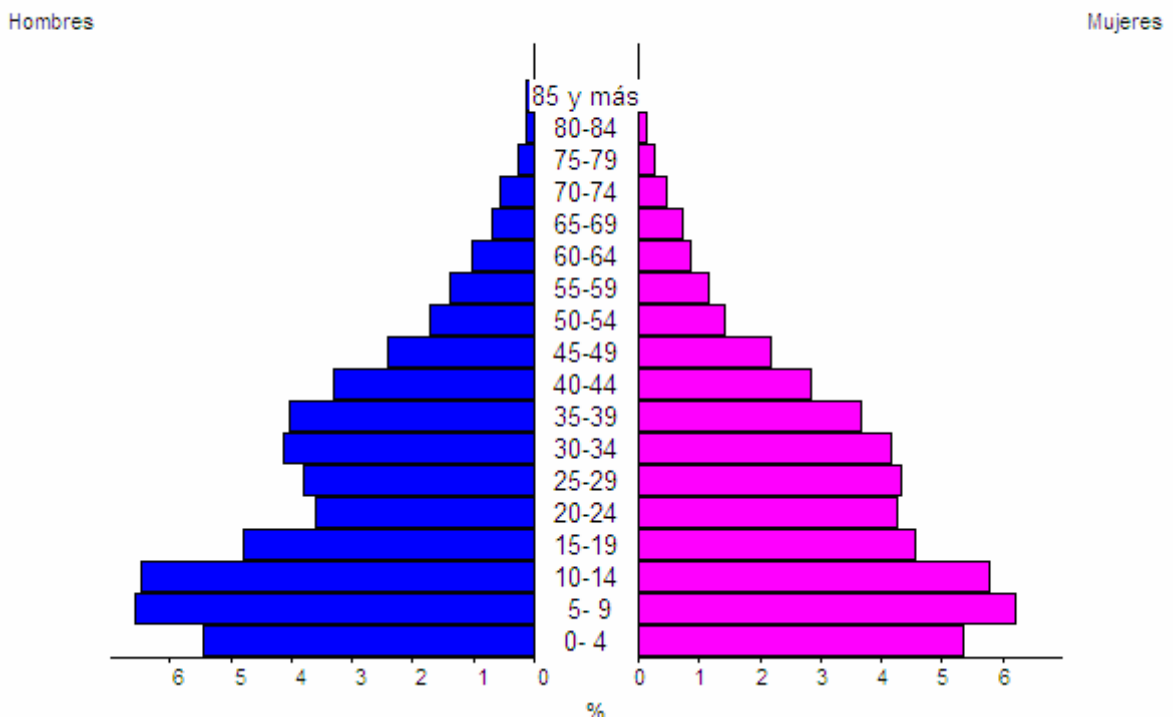
Para el DANE en el 2005, Colombia contó con una proporción de la población rural del 25%, cifra que se incrementa (30.3%) en el departamento del Casanare. Para el municipio de Aguazul, la distribución fue del 72.83% para el área urbana y el 27,27% para la rural.

Indicadores Demográficos

Según la pirámide poblacional, Aguazul tiene una tendencia hacia la expansión (comportamiento similar en Colombia en los últimos 20 años), con un leve predominio en el género masculino. También se evidencia una disminución de la población de 0 a 4 años de edad, presentando un carácter progresivo.

Se evidencia un estrechamiento en la pirámide en el grupo poblacional 20 – 24 años en el sexo masculino, esto pudo deberse a problemas de orden público o migratorio. Dentro de la población del Adulto Mayor ubicado en el rango de edad de 60 años y más, la diferencia entre géneros no es significativa. (Ver figura No. 04)

FIGURA No. 04
POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD DEL MUNICIPIO DE AGUAZUL CASANARE 2006



Índices	Valor	
Masculinidad	98,524	
Friz	168,4068	
Sundbarg	68,6055	21,8515
Burgdöfer	25,1518	12,4168
Envejecimiento	10,3665	
Dependencia	65,9908	
Estructura de la población activa	44,6816	
Reemplazamiento de la población activa	20,5757	
Número de hijos por mujer fecunda	41,295	
Índice generacional de ancianos	705,9745	
Tasa general de fecundidad	7,4753	
Edad media	26,0495	
Edad mediana	22,8812	

El promedio de edad de la población del municipio de Aguazul es de 26 años y la mediana es de 23 años.

Índice de envejecimiento (IV). Indicador sintético del grado de envejecimiento de la población; se obtiene dividiendo el conjunto de la población anciana, a partir de los 65 años, entre el de los niños por debajo de cierta edad, generalmente los 15 años.

Índice demográfico de dependencia (ID). Tiene relevancia económica y social. Por cada 100 personas que trabajan en el municipio 66 dependen económicamente al ser menores de 15 años o mayores de 64 años.

Índice de estructura de la población activa (IS). Es un indicador del grado de envejecimiento de este sector de la población. Por cada 100 personas en las generaciones jóvenes de 15 a 39 años, hay 45 personas de las generaciones adultas de 40 a 64 años.

Índice de reemplazamiento de la población en edad activa (IR). De cada 100 personas entre 15 y 19 años (que van a ingresar a la vida activa) hay 21 entre 60 y 64 años (terminado vida activa).

Índice del número de niños por mujer fecunda (IC). De cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) hay 7 niños menores de 4 años.

Tasa general de fecundidad (GF). Relaciona el número de nacimientos con el de mujeres de 15 a 44 años de edad (edad fértil), dando una visión de cuantos niños están naciendo por cada 1000 mujeres capaces de procrear. La tasa general de fecundidad es de 41 nacidos vivos por cada 1000 mujeres capaces de procrear.

Índice de masculinidad (IM). Por cada 100 mujeres hay 98 hombres.

Índice de Friz (IF). Representa la proporción de población en el grupo de 0 a 19 años en relación a la de 30 a 49 años, con un valor de 164, considerando la población como joven.

Índice de Sundbarg (IS). Se observa de carácter progresivo.

Índice de Burgdöfer (IB). Al comparar los porcentajes de población en los grupos de 5 a 14 y de 45 a 64 años, encontramos que el primero es mayor que el segundo, considerándose la población joven con tendencia a la madurez.

Índice Generacional de Ancianos (IGA). Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más. De cada 100 personas mayores de 65 años hay 706 entre 35 y 64 años.

La esperanza de vida de Aguazul es de 73.2 años siendo cercano al promedio nacional para el año 2007 (74 años). La esperanza de vida en las mujeres es de 76.3 años y en los hombres es de 70.3 años; para Casanare la esperanza de vida en hombres es de 70,4 años y en mujeres es de 76,6 años⁷. A nivel nacional la esperanza de vida en hombres es de 70,7 y en mujeres de 77,5 años. Observando una tendencia general en el comportamiento en los diferentes niveles.⁷

⁷ Indicadores Básicos 2007. Situación de Salud en Colombia

Población mujeres en edad fértil

En Colombia las mujeres en edad fértil (MEF) están entre los 15 y 49 años con una proporción del 29,9% (para el 2005); sin embargo es importante anotar que en los últimos años la población de mujeres embarazadas comienza desde los 10 años, hecho indiscutible que obliga al incremento de este porcentaje.

En Aguazul las mujeres de 15 a 49 años corresponde al 26.3%, mientras que entre los 10 a 49 años, alcanzaría el 32,4%. Para Casanare las MEF es del 29.2%.

Se desconoce la tasa global de fecundidad para el municipio de Aguazul, en Colombia para el 2005 es de 2,48 hijos por mujer, y para Casanare es de 3,10 hijos por mujer, cifra que podría ser similar o cercana en Aguazul.

Natalidad 2002 - 2006

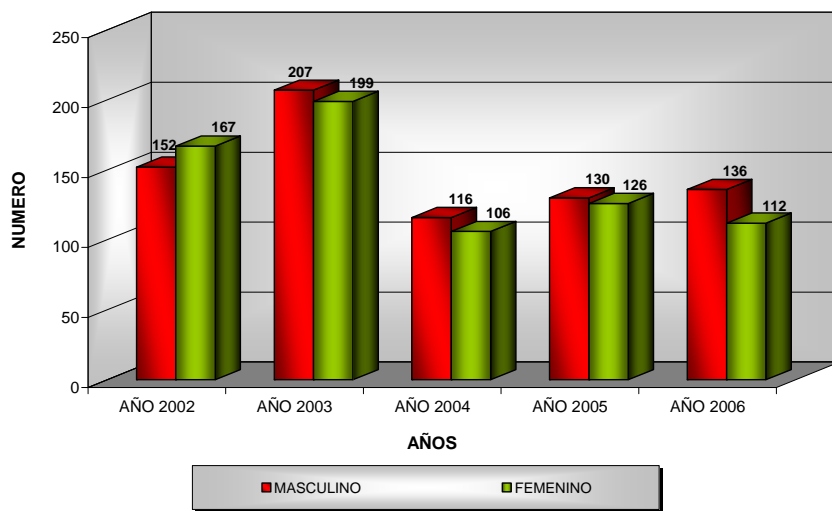
Al analizar, el comportamiento de natalidad durante los años 2002 a 2006, se observa que el año 2006, fue el año con mayor número de nacimientos con 566, seguido de 406 para el 2003; en general el comportamiento ha sido irregular por falta de actualización de los registros de nacidos vivos sobre todo en los dos últimos años. El 99,2% de los nacimientos ocurrieron en la cabecera municipal.

Para el municipio de Aguazul, la tasa bruta de natalidad para el año 2005 fue de 18,9 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, mientras que en el 2006 por datos aún no actualizados, fue de 20.1 nacidos vivos por cada 1000 habitantes.

Esta cifra al compararla con el nivel nacional fue de 20,57 x 1.000 habitantes, mientras que en Casanare fue de 24.67 X 1000 hab.

Para Aguazul, los nacimientos según ocurrencia fue del 54,84% en hombres, frente a un 45,16% en mujeres, (Ver figura No.05)

FIGURA No. 05
NACIMIENTOS SEGUN SEXO Y MUNICIPIO DE OCURRENCIA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2002 – 2006



FUENTE: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 2002 - 2006

De acuerdo al sitio de nacimiento y persona que atendió el parto, durante el periodo 2002 a 2006, el 98% de nacimientos fueron atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, atendidos en su gran mayoría (97%) por médicos; es importante destacar que el segundo lugar de ocurrencia del parto es el domicilio, donde la partera juega un papel importante en la atención del nacimiento (0,96%).

Al analizar el peso al nacer de los nacidos vivos, durante los últimos cinco años, el año 2002 fue el de mayor ocurrencia de niños con bajo peso al nacer (menor de 2500 gr) correspondiendo al 4,6% de un total de 580 nacidos vivos.

Del total de partos ocurridos durante este mismo periodo de análisis (2002-2006), el 84,2% de las embarazadas, presentaron un tiempo de gestación a término. Al analizar el comportamiento por años individuales, el año 2003 presento la mayor proporción de partos prematuros con el 12,75% y para el año 2006, con las cifras dadas hasta la fecha por la Secretaría Departamental de Salud del Casanare, el 10,8% correspondieron a esta condición.

En cuanto al tipo de parto, durante los últimos cinco años, los partos espontáneos ocupan el 92%; para el 2003 fue reportado 52 cesáreas frente a 406 partos ocurridos en ese periodo. En los últimos años, las intervenciones quirúrgicas son realizadas en Yopal, en instituciones de mayor complejidad.

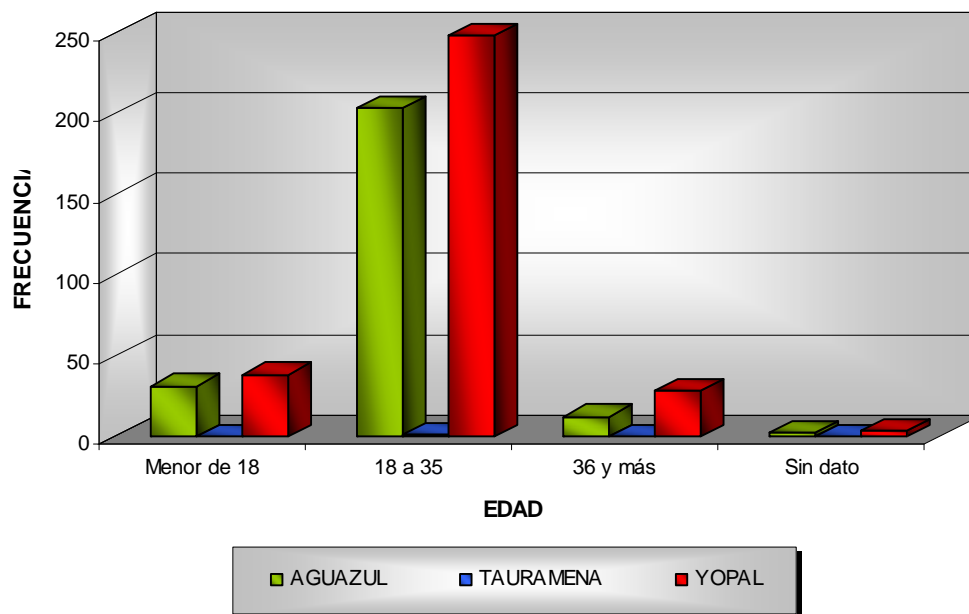
Para el 2006, los nacidos vivos por ocurrencia (Aguazul) el 97,98% fueron partos espontáneos y asistidos en el Hospital Juan Hernando Urrego. Tan solo el 1,21% ocurrieron en el domicilio.

De acuerdo a las variables según ocurrencia registradas en el certificado de nacido vivo, para el año 2006; el 55,24% de nacimientos, les fue realizado a las gestantes de 5 a 8 controles prenatales; el 68,65% pertenecen al régimen subsidiado, seguido por el vinculado con el 17,34% del total.

El 9.6% de las embarazadas que tuvieron su parto en el 2005 eran adolescentes mientras que para el 2006 correspondió al 12,1% (cifras parciales). La edad de las maternas que predominó para el año anterior, fue de 18 a 35 años (81.8%). Con respecto a la escolaridad, el 57,26% han terminado la secundaria y un 38.3% han cursado la primaria. Finalmente según el número de embarazos que habían tenido las gestantes que recibieron la atención del parto para ese año, fue de 1 a 3, correspondiendo al 76,21%, seguido de 4 a 6 embarazos con el 19.35%. (Ver figura No.06)

El 81,85% de embarazadas del municipio de Aguazul, que tuvieron su parto en el 2006 se encontraban en el rango de edad de 18 a 35 años.

FIGURA No. 06
NACIMIENTOS POR GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE
SEGUN MUNICIPIO DE RESIDENCIA Y OCURRENCIA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006



FUENTE: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - DANE 2006

Con relación a régimen de afiliación de seguridad social y atención de partos para el 2006, en los municipios de Aguazul, Yopal y Tauramena el 59% corresponde al subsidiado, seguido por el contributivo con el 23,4%.

TABLA No. 09
NACIMIENTOS POR SEGURIDAD SOCIAL DE LA MADRE SEGÚN MUNICIPIO DE
RESIDENCIA Y OCURRENCIA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

RESIDENCIA	SEGURIDAD SOCIAL	OCURRENCIA			TOTAL
		AGUAZUL	TAURAMENA	YOPAL	
AGUAZUL	CONTRIBUTIVO	28	0	105	133
	SUBSIDIADO	170	0	164	334
	VINCULADO	43	0	24	67
	PARTICULAR	0	0	1	1
	OTRO	1	0	2	3
	IGNORADO	1	0	1	2
	SIN DATO	5	1	20	26
	TOTAL		248	1	317

FUENTE: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - DANE 2006

Riesgos epidemiológicos

Perfil de morbilidad por grupo de edad y servicio de Atención

CONSULTA EXTERNA

Menores de 1 año

Para el 2006, este grupo poblacional registró una mayor consulta por fiebre, con diagnóstico sindromático y no etiológico. Le sigue como segundo y tercer motivo de atención las enfermedades de tipo infeccioso como las de origen respiratorio como rinofaringitis aguda o resfriado común y la de origen gastrointestinal como es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. (Ver tabla No. 10)

TABLA No. 10
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE 1 AÑO
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	200	3853,56	8,38
2	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	165	3179,19	6,91
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	93	1791,91	3,89
4	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	73	1406,55	3,06
5	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	57	1098,27	2,39
6	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	41	789,98	1,72
7	NAUSEA Y VOMITO	34	655,11	1,42
8	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	34	655,11	1,42
9	DIARREA FUNCIONAL	34	655,11	1,42
10	ESTADO ASMATICO	31	597,3	1,3
	RESTO DE CAUSAS	1.626	31329,48	68,09
	TOTAL	2.388	46011,56	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al compararlo con lo reportado en el año 2005, hay un comportamiento inverso para este año; ya que el primer motivo de consulta fue rinofaringitis aguda seguido de la fiebre no especificada.

De acuerdo a los motivos de atención y eventos se observa que tanto el control del niño, el examen médico general y otros procedimientos forman el 34% del total de atención de consultas para este grupo de edad.

TABLA No. 11
DIEZ PRIMEROS MOTIVOS Y EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EN MENORE
DE 1 AÑO
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	MOTIVO DE ATENCIÓN Y EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	487	9383,43	20,39
2	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	200	3853,56	8,38
3	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	165	3179,19	6,91
4	EXAMEN MEDICO GENERAL	154	2967,24	6,45
5	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR RAZON NO ESPECIFICADA	106	2042,39	4,44
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	93	1791,91	3,89
7	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	73	1406,55	3,06
8	CONSULTA PARA ATENC. Y SUPERV. DE SALUD DE NIÑOS O LACTANTES SANOS	60	1156,07	2,51
9	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	57	1098,27	2,39
10	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	41	789,98	1,72
	RESTO DE CAUSAS	952	18342,97	39,87
	TOTAL	2.388	46011,56	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Grupo de edad entre 1 a 4 años

En la población entre 1 a 4 años atendida, la primera causa de consulta fue la fiebre no especificada, seguida de las debidas a afecciones respiratorias y del tracto digestivo.

Al comparar los años 2005 y 2006, predomina para ambos años tanto la fiebre como la rinofaringitis como los dos primeros eventos de consulta para este grupo de edad; la caries que para el año 2005 fue el tercer evento para el 2006 no hace parte de los diez.

TABLA No. 12
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EDAD DE 1 A 4 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	415	1635,79	6,86
2	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	311	1225,86	5,14
3	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	304	1198,27	5,03
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	216	851,4	3,57
5	NAUSEA Y VOMITO	158	622,78	2,61
6	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	80	315,33	1,32
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	78	307,45	1,29
8	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	78	307,45	1,29
9	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	70	275,92	1,16
10	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	67	264,09	1,11
	RESTO DE CAUSAS	4.271	16834,84	70,62
	TOTAL	6.048	23839,18	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al analizar lo diez primeros motivos y eventos de atención, el control de salud rutinario, exámenes tanto odontológicos como de crecimiento y la expedición de los certificados médicos, ocupan el 30,6% del total de consulta.

TABLA No. 13
DIEZ PRIMEROS MOTIVOS Y EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EDAD DE 1 A 4 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	MOTIVO DE ATENCIÓN Y EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	997	3929,84	16,48
2	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	415	1635,79	6,86
3	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR RAZON NO ESPECIFICADA	321	1265,27	5,31
4	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	311	1225,86	5,14
5	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	304	1198,27	5,03
6	EXAMEN ODONTOLOGICO	230	906,58	3,8
7	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	216	851,4	3,57
8	EXAMEN DURANTE EL PERIODO DE CRECIMIENTO RAPIDO EN LA INFANCIA	186	733,15	3,08
9	NAUSEA Y VOMITO	158	622,78	2,61
10	EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	102	402,05	1,69
	RESTO DE CAUSAS	2.808	11068,19	46,43
	TOTAL	6.048	23839,18	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Grupo de edad entre 5 a 14 años

En el Grupo de 5 a 14 años, prevalecen las enfermedades parasitarias, así como la Fiebre de origen desconocido; ocupando los primeros lugares al igual que los grupos de edad anteriores.

TABLA No. 14
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA
EDAD DE 5 A 14 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	616	870,43	6,95
2	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	449	634,45	5,07
3	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	282	398,47	3,18
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	139	196,41	1,57
5	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	119	168,15	1,34
6	ASMA, NO ESPECIFICADA	114	161,09	1,29
7	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	101	142,72	1,14
8	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	97	137,06	1,09
9	NAUSEA Y VOMITO	96	135,65	1,08
10	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	93	131,41	1,05
	RESTO DE CAUSAS	6.754	9543,59	76,23
	TOTAL	8.860	12519,43	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

El comportamiento de las enfermedades de origen parasitario gastrointestinal e infeccioso del aparato respiratorio para el año 2006 ocupan los primeros motivos de atención; mientras que para el 2005, ocupan el tercer y cuarto lugar; siendo la caries de dentina el primer evento de consulta.

Al analizar la información concentrada por motivos de atención y eventos se observa que los exámenes odontológicos como los realizados tanto para el

crecimiento en la infancia y adolescencia, ocupan el 18% del total de atención de consultas.

Grupo de edad entre 15 a 44 años

Para este grupo de edad aparecen en los primeros lugares, las infecciones de los órganos genitales, de las vías urinarias y los problemas músculo-esqueléticos (lumbago). Al igual que los otros grupos, la fiebre y los dolores abdominales no especificados son motivos importantes de atención.

TABLA No. 14
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EDAD DE 15 A 44 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA	
			10,000	%
	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENF.			
1	INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	885	657,94	3,55
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	821	610,36	3,29
3	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	494	367,26	1,98
4	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	475	353,13	1,9
5	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	384	285,48	1,54
6	AMENORREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	382	283,99	1,53
7	CEFALEA	367	272,84	1,47
8	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	271	201,47	1,09
9	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	269	199,99	1,08
	COMPLICACION RELACIONADA CON EL EMBARAZO, NO			
10	ESPECIFICADA	263	195,52	1,05
	RESTO DE CAUSAS	20.340	15121,55	81,52
	TOTAL	24.951	18549,55	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al comparar los años 2005 y 2006, las infecciones de vías urinarias y de origen genitourinario, continúan ocupando los primeros eventos de consulta aportando del 6 al 7% del total de consultas para ambos años.

Al analizar la información agrupada por motivos de atención y eventos de consulta, para el 2006, se observa que tanto las consultas de consejería como las

asistencias en métodos de anticoncepción, y los procedimientos no realizados, corresponden a un 14,9% del total de atención de consultas.

TABLA No. 15
DIEZ PRIMEROS MOTIVOS Y EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA EDAD DE 15 A
44 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	MOTIVO DE ATENCIÓN Y EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR RAZON NO ESPECIFICADA	1915	1423,69	7,68
2	EXAMEN ODONTOLOGICO	1349	1002,9	5,41
3	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	1211	900,3	4,85
4	ASISTENCIA PARA LA ANTICONCEPCION, NO ESPECIFICADA	1087	808,12	4,36
5	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAG. EN ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	885	657,94	3,55
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	821	610,36	3,29
7	CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION	723	537,51	2,9
8	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	596	443,09	2,39
9	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	494	367,26	1,98
10	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	475	353,13	1,9
	RESTO DE CAUSAS	15.395	11445,25	61,7
	TOTAL	24.951	18549,55	100

Grupo de edad entre 45 a 64 años

Se destacan las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión, el Lumbago y los Trastornos del metabolismo de los lípidos como las patologías que predominan en el perfil de morbilidad en esta población; así como las infecciones de vías urinarias.

TABLA No. 16
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA
EDAD DE 45 A 64 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA	
			10,000	%
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	683	1954,22	11,09
	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO			
2	ESPECIFICADO	197	563,66	3,2
3	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	189	540,77	3,07
4	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	137	391,99	2,23
5	DOLOR EN ARTICULACION	128	366,24	2,08
6	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	106	303,29	1,72
	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN			
7	MENCION DE COMPL.	91	260,37	1,48
8	CEFALEA	84	240,34	1,36
	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENF.			
9	INFECC. Y PARASITARIAS	77	220,31	1,25
10	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	75	214,59	1,22
	RESTO DE CAUSAS	4.389	12557,94	71,3
TOTAL		6.156	17613,73	100

Al analizar los años 2005 y 2006, no hay diferencia relevante en los primeros eventos, sin embargo es importante destacar que para el 2005 la caries de dentina ocupa el segundo motivo de consulta, mientras que en el 2006 no es uno de los diez primeros eventos.

De acuerdo a los motivos de atención, para este grupo de edad los exámenes de medicina general como el odontológico, representan un bajo porcentaje (4%), mientras que las consultas por medicina y los procedimientos no realizados ocuparon el 8%.

Grupo de edad entre 65 y más

La Hipertensión Arterial constituye el principal evento de morbilidad atendida durante el 2006 en este grupo de edad. Le siguen en su orden la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y la Diabetes Mellitus.

TABLA No. 17
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA
EDAD DE 65 Y MÁS AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	580	5523,81	20,42
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	87	828,57	3,06
3	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	84	800	2,96
4	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPL.	75	714,29	2,64
5	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	63	600	2,22
6	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	53	504,76	1,87
7	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	44	419,05	1,55
8	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPL.	39	371,43	1,37
9	DOLOR EN ARTICULACION	37	352,38	1,3
10	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	36	342,86	1,27
	RESTO DE CAUSAS	1.742	16590,48	61,34
	TOTAL	2.840	27047,62	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Para los años 2005 y 2006, el comportamiento de los eventos lo continúa liderando las enfermedades crónicas.

Para este grupo de edad los procedimientos no realizados, así como la consulta por medicina general ocupan un 8%, cifra similar al grupo anterior.

Morbilidad general por consulta externa

Al comparar los dos años 2005 y 2006, durante el 2005 los procedimientos tales como control de salud al niño, consultas de crecimiento y desarrollo, así

como las asesorías y asistencias para la anticoncepción, ocupan el 19,7% del total de motivos de atención y eventos reportados para este año.

TABLA No. 18
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA, GENERAL.
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1698	603,65	3,31
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1322	469,98	2,58
3	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	1263	449	2,46
4	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENF. INFECC. Y PARASITARIAS	1189	422,7	2,32
5	PARASITARIAS	1063	377,9	2,07
6	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	758	269,47	1,48
7	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	746	265,21	1,46
8	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	503	178,82	0,98
9	CEFALEA DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	451	160,33	0,88
10	INFECCIOSO	402	142,91	0,78
RESTO DE CAUSAS		41.848	14877,17	81,67
TOTAL		51.243	18217,14	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Dentro del análisis de los cinco primeros eventos de morbilidad general para el 2006, las infecciones de vías urinarias siguen constituyéndose en una de las primeras causas de consulta; a diferencia del año 2005 la caries de la dentina no es para el 2006 un motivo de consulta frecuente, mientras que la hipertensión para el 2005 ocupaba el décimo lugar, en el 2006 es la tercera causa de consulta, siendo un factor de riesgo para la presentación de eventos cardiocerebro vasculares.

URGENCIAS**Menores de 1 año**

Los primeros diez eventos de morbilidad para el año 2006, en el servicio de urgencias para este grupo de edad, colocan a las infecciones respiratorias agudas como el evento mas frecuente de solicitud del servicio, la fiebre no especificada en alto numero se presenta como el diagnóstico más frecuente.

TABLA No. 19
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS
MENORES DE 1 AÑO
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	122	2350,67	18,94
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	79	1522,16	12,27
3	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	46	886,32	7,14
4	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	46	886,32	7,14
5	ESTADO ASMÁTICO	37	712,91	5,75
6	NAUSEA Y VOMITO	33	635,84	5,12
7	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	32	616,57	4,97
8	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	23	443,16	3,57
9	INFECCION AGUDA NO ESPECIF. DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	22	423,89	3,42
10	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	20	385,36	3,11
	RESTO DE CAUSAS	184	3545,28	28,57
	TOTAL	644	12408,48	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al comparar los años 2005 y 2006, se observa un comportamiento similar, sin embargo, se observa como disminuyó como causa de consulta la infección aguda especificada de las vías respiratorias inferiores, que para el 2005 ocupó el segundo lugar de mayor consulta; mientras que este evento para el 2006 se encuentra en el noveno lugar.

Grupo de edad entre 1 a 4 años

Los primeros eventos de consulta se relacionaron, en su mayoría, con eventos de origen infeccioso; la fiebre de origen desconocido ocupó el primer lugar como motivo de consulta, la enfermedad diarreica aguda ocupó un lugar destacado y contrario a lo observado en los servicios de consulta externa, este evento superó en frecuencia a las infecciones respiratorias agudas.

TABLA No. 20
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS
EDAD DE 1 A 4 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	259	1020,89	17,14
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	157	618,84	10,39
3	NAUSEA Y VOMITO	128	504,53	8,47
4	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	74	291,68	4,9
5	ESTADO ASMÁTICO	57	224,67	3,77
6	INFECCION AGUDA NO ESPECIF. DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	52	204,97	3,44
7	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	51	201,02	3,38
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	43	169,49	2,85
9	HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGION TEMPOROMANDIBULAR	35	137,96	2,32
10	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	34	134,02	2,25
	RESTO DE CAUSAS	621	2447,77	41,1
	TOTAL	1.511	5955,85	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al analizar años 2005 y 2006, vemos como los primeros tres eventos de morbilidad por urgencias, continúan siendo iguales; excepto para el 2006, en donde aparece como evento de morbilidad el Dengue con 34 casos.

Grupo de edad entre 5 a 14 años

La fiebre, diagnóstico sindromático y no etiológico, constituye la principal causa de atención de urgencias en la población de 5 a 14 años; diagnóstico que por sus características sindromáticas y no etiológicas, sin un adecuado estudio etiológico se puede relacionar con mayor carga de morbilidad. Este fenómeno además sugiere la existencia de posibles barreras en el acceso a estudios paraclínicos etiológicos para enfermedades infecciosas. Como segunda causa se encuentra el dengue clásico aportando el 5,89 % del total.

TABLA No. 21
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS
EDAD DE 5 A 14 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	239	337,71	13,67
2	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	103	145,54	5,89
3	NAUSEA Y VOMITO	86	121,52	4,92
4	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	77	108,8	4,41
5	ESTADO ASMATICO	72	101,74	4,12
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	63	89,02	3,6
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	51	72,06	2,92
8	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	51	72,06	2,92
9	HERIDA DEL CUERO CABELLUDO	51	72,06	2,92
10	ASMA, NO ESPECIFICADA	43	60,76	2,46
	RESTO DE CAUSAS	912	1288,68	52,17
TOTAL		1.748	2469,97	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Para este grupo de edad, en los últimos dos años, no existe mayor variación en los eventos de morbilidad por este servicio; sin embargo para el 2006 la pulpitis deja de convertirse en uno de los diez primeros eventos de consulta; de igual manera que el grupo anterior, el dengue se convierte en uno de los eventos con mayor frecuencia de atención.

TABLA No. 22
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS EDAD DE 5 A 14 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2005

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	197	338,84	12,14
2	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	105	180,6	6,47
3	ESTADO ASMÁTICO	85	146,2	5,24
4	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	82	141,04	5,05
5	NAUSEA Y VOMITO	74	127,28	4,56
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	51	87,72	3,14
7	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	39	67,08	2,4
8	PULPITIS	36	61,92	2,22
9	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLÁSICO]	34	58,48	2,09
10	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	31	53,32	1,91
	RESTO DE CAUSAS	889	1529,07	54,78
TOTAL		1.623	2791,54	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Grupo de edad entre 15 a 44 años

En este grupo de edad, a diferencia de lo presentado por consulta externa en donde se destacaban en el género femenino las enfermedades del cuello uterino, vagina y vulva; el motivo de mayor consulta por urgencias, fueron las complicaciones relacionadas con el embarazo, las cuales concluyen en un gran porcentaje en motivo de hospitalización.

TABLA No. 23
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS EDAD DE 15 A 44 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	COMPLICACION RELACIONADA CON EL EMBARAZO, NO ESPECIFICADA	274	203,7	6,43
2	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	254	188,83	5,96
3	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	227	168,76	5,33
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	193	143,48	4,53
5	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	167	124,15	3,92
6	TRASTORNO DE LOS TEJIDOS BLANDOS, NO ESPECIFICADO	120	89,21	2,82
7	CEFALEA	102	75,83	2,39
8	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	94	69,88	2,21
9	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	89	66,17	2,09
10	PULPITIS	68	50,55	1,6
	RESTO DE CAUSAS	2.674	1987,96	62,74
TOTAL		4.262	3168,54	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al comparar los dos años, continua siendo las complicaciones relacionadas con el embarazo uno de los dos primeros eventos de atención; de igual manera que en el grupo antecesor, el dengue se convierte en un motivo importante de consulta; adicional a los trastornos de los tejidos blandos que no fue uno de los motivos de consulta para el 2005.

Grupo de edad entre 45 a 64 años

La patología gastrointestinal predomina como la principal causa de consulta de urgencias. El diagnóstico sindromático de Dolor abdominal, sugiere tanto posibles dificultades en el acceso a exámenes diagnósticos etiológicos como un posible manejo sindromático, con las consecuencias que esto genera en un aumento en la morbimortalidad por complicaciones infecciosas y quirúrgicas de patologías no diagnosticadas.

TABLA No. 24
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS EDAD DE 45 A 64 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	57	163,09	5,54
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	55	157,37	5,34
3	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	43	123,03	4,18
4	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	41	117,31	3,98
5	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	36	103	3,5
6	DOLOR PRECORDIAL	36	103	3,5
7	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	29	82,98	2,82
8	TRASTORNO DE LOS TEJIDOS BLANDOS, NO ESPECIFICADO	26	74,39	2,53
9	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	26	74,39	2,53
10	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	25	71,53	2,43
	RESTO DE CAUSAS	655	1874,11	63,65
TOTAL		1.029	2944,21	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Comparando el comportamiento en este grupo de edad, entre el año 2005 y 2006, no se evidencia un mayor cambio en las causas reportadas, excepto un leve

aumento en el número de consultas a causa de infecciones de vías urinarias para este último año en un 34,5%

Grupo de edad entre 65 y más años

Se observa, como en este grupo otro evento a tener en cuenta, son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, los cuales se asocian básicamente con la EPOC; causa no consultada para el año 2005.

TABLA No. 25
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS EDAD DE 65 Y MÁS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	35	333,33	5,99
2	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	34	323,81	5,82
3	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	26	247,62	4,45
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	25	238,1	4,28
5	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	25	238,1	4,28
6	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	22	209,52	3,77
7	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	19	180,95	3,25
8	DOLOR PRECORDIAL	17	161,9	2,91
9	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	15	142,86	2,57
10	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	14	133,33	2,4
	RESTO DE CAUSAS	352	3352,38	60,27
	TOTAL	584	5561,9	100

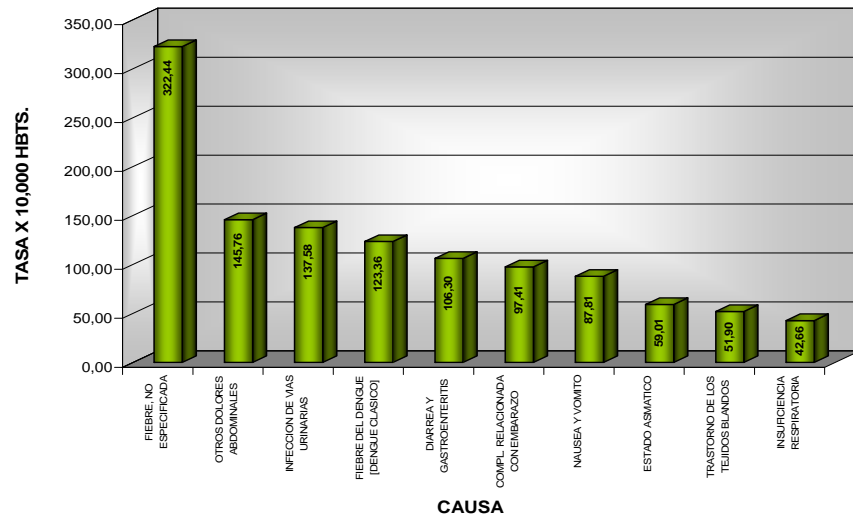
FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Morbilidad general en urgencias

La patología gastrointestinal predomina como el principal evento de consulta de urgencias. En general predomina la consulta por patología infecciosa aportando más del 10% del total de las causas.

Para el 2005, se presentaron los mismos eventos, como la fiebre no especificada, los dolores abdominales, las infecciones de las vías urinarias, las diarreas y el dengue representando la quinta parte del total de las consultas por este servicio.

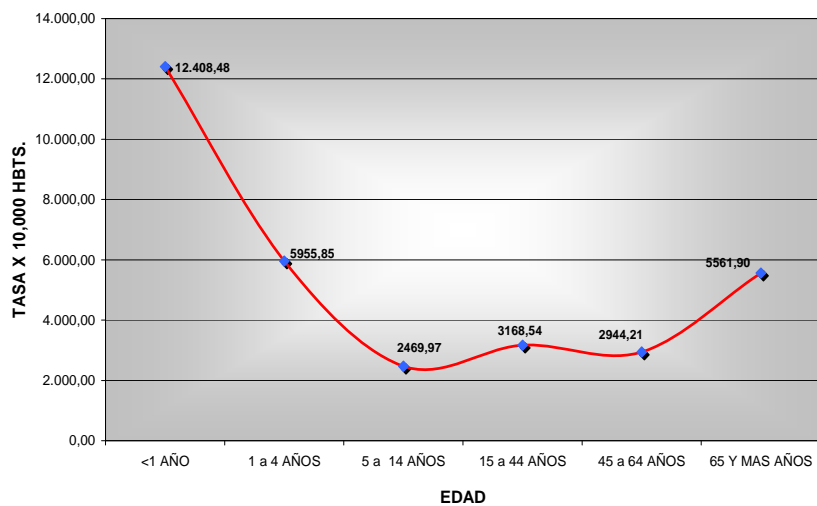
FIGURA No. 21
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE 2006



FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URRREGO

En cuanto a la demanda por grupos de edad por el servicio de urgencias se evidencia que los grupos de edad extremos son los que aportan mayor demanda

FIGURA No. 22
TASA DE MORBILIDAD DE URGENCIAS SEGUN GRUPOS DE EDAD
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE 2006



FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URRREGO

HOSPITALIZACIÓN

Menores de 1 año

En la población menor de 1 año atendida, el primer evento de hospitalización fue la neumonía, la cual representó el 43.2% de los egresos debidos a afecciones pulmonares y el 18% del total de los egresos en general (Ver tabla No. 26).

Llama la atención la diferencia marcada que se registra entre lo reportado por consulta externa/hospitalización por enfermedades del aparato respiratorio; ya que la primera causa reportada para consulta externa fue fiebre no especificada.

TABLA No. 26
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO MENORES DE 1 AÑO
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	%
1	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	29	18,01
2	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	22	13,66
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	19	11,8
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	14	8,7
5	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	6	3,73
6	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	6	3,73
7	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	5	3,11
8	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	4	2,48
9	HIPOGLICEMIA , NO ESPECIFICADA	4	2,48
10	ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	4	2,48
	RESTO DE CAUSAS	48	29,81
	TOTAL	161	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al comparar los dos años, en el 2006, la proporción de eventos como neumonía, infección de las vías urinarias y la diarrea, aumentaron su proporción de consultas respecto al año anterior. Sobresale para este año los eventos relacionados con problemas perinatales y neonatales como es la ictericia neonatal.

Grupo de 1 a 4 años

En este grupo predominan como en el grupo anterior las enfermedades del aparato respiratorio, del urinario y digestivo. Las enfermedades respiratorias representan el 40% en los egresos, mientras que las enfermedades del aparato digestivo el 11% del total.

TABLA No. 27
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO EDAD DE 1 A 4 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	%
1	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	35	18,04
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	29	14,95
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	22	11,34
4	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	17	8,76
5	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	15	7,73
6	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	11	5,67
7	CELULITIS DE OTROS SITIOS	10	5,15
8	ESTADO ASMATICO	9	4,64
9	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	7	3,61
10	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	5	2,58
	RESTO DE CAUSAS	34	17,53
	TOTAL	194	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Al comparar los años 2005 y 2006 se observa el mismo comportamiento, presentándose un predominio de las enfermedades del aparato respiratorio y del tracto digestivo. De igual manera, se observa un importante registro de síntomas como fiebre no especificada, que representan un porcentaje del 5% de la morbilidad.

Grupo de 5 a 14 años

El comportamiento para la población consultante de 5 a 14 años, esta representado tanto en las enfermedades de origen infeccioso como son las de

vías urinarias, del tracto respiratorio y gastrointestinal; siendo la de mayor egreso hospitalario, la de origen de vías urinarias; La celulitis representa tanto para el grupo de 1 a 4 años como para este, un lugar importante de hospitalización.

TABLA No. 28
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO EDAD DE 5 A 14
AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	%
1	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	22	16,67
2	CELULITIS DE OTROS SITIOS	14	10,61
3	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	13	9,85
4	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	13	9,85
5	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	11	8,33
6	ESTADO ASMATICO	11	8,33
7	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	7	5,3
8	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	5	3,79
9	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	5	3,79
10	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	3	2,27
	RESTO DE CAUSAS	28	21,21
	TOTAL	132	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Para este grupo de edad, la celulitis al igual que en el año 2005, representa una causa importante en los egresos hospitalarios con el 14% aproximadamente del total de egresos.

Grupo de 15 a 44 años

La mayor parte de los egresos tienen que ver con la atención directa del parto y sus complicaciones como la ruptura prematura de membranas constituyéndose la obstetricia como el área de mayores procedimientos; la atención de parto de bajo riesgo es la principal causa de hospitalización y egreso. En segunda instancia, se encuentra las infecciones de vías urinarias aportando el 16% del total de los eventos.

TABLA No. 29
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO EDAD DE 15 A 44
AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	%
1	PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	117	21,71
2	RUPTURA PREM. DE LAS MEMB. E INICIO DEL TRAB. DE PARTO DENTRO DE 24 HORAS	68	12,62
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	57	10,58
4	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	48	8,91
5	COMPLICACION RELACIONADA CON EL EMBARAZO, NO ESPECIFICADA	45	8,35
6	PARTO UNICO ASISTIDO, SIN OTRA ESPECIFICACION	33	6,12
7	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	30	5,57
8	CELULITIS DE OTROS SITIOS	16	2,97
9	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	8	1,48
10	MASTITIS NO PURULENTA ASOCIADA CON EL PARTO	8	1,48
	RESTO DE CAUSAS	109	20,22
	TOTAL	539	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Para ambos años los eventos fueron similares, sin embargo al analizar los eventos del 2006, se observa como la mastitis no purulenta es un motivo importante de egreso; de igual manera los partos tanto asistidos como espontáneos son el mayor egreso registrado.

Grupo de 45 a 64 años

Para este grupo de edad, adicional a las enfermedades crónicas y degenerativas como la insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, propias de este grupo de edad; se encuentran las de procesos infecciosos como la celulitis, las de vías urinarias y de origen respiratorio, siendo el 65% del total de causas.

TABLA No. 30
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO EDAD DE 45 A 64
AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	%
1	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	25	25
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	24	24
3	CELULITIS DE OTROS SITIOS	8	8
4	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	6	6
5	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	3	3
6	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACIÓN	3	3
7	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	2	2
8	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	2	2
9	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO	2	2
10	PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1	1
	RESTO DE CAUSAS	24	24
	TOTAL	100	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Para el 2006 los eventos registrados como egresos en el 2005 se repiten en su gran mayoría. Sin embargo cabe resaltar que la insuficiencia cardiaca congestiva y la diabetes mellitus, aunque solo representan el 5% son eventos importantes para este grupo de edad.

Grupo de 65 y más años

Semejante al grupo de edad antecesor, las enfermedades crónicas y degenerativas, al igual que las de origen infeccioso son las de mayor consulta.

TABLA No. 31
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO EDAD DE 65 Y MÁS
AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	%
1	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	28	25,45
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	20	18,18
3	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	11	10
4	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	7	6,36
5	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	5	4,55
6	ENFERMEDAD PULMONAR OBST. CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIF.	5	4,55
7	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3	2,73
8	CELULITIS DE OTROS SITIOS	3	2,73
9	INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	3	2,73
10	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	2	1,82
	RESTO DE CAUSAS	23	20,91
	TOTAL	110	100

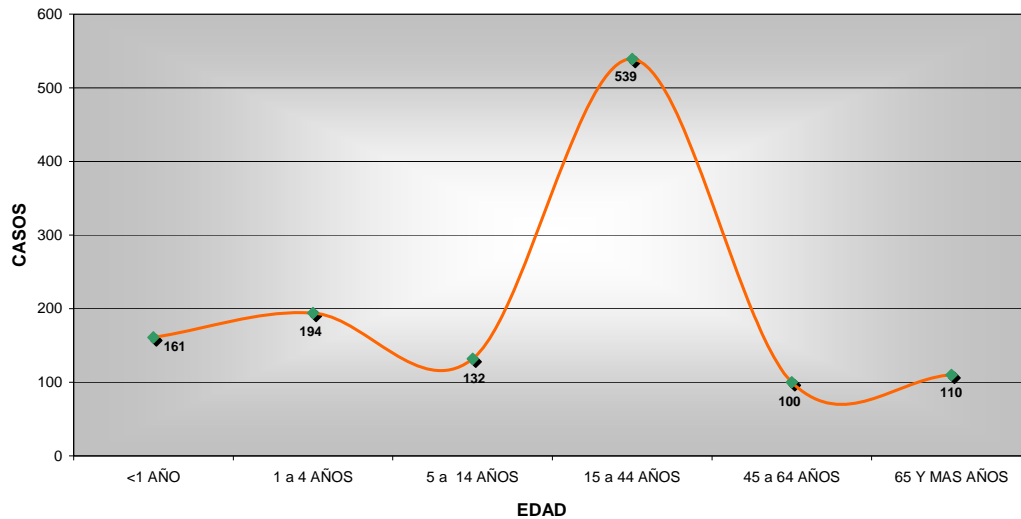
FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Para el 2006 la mayoría de los eventos que se presentaron, correspondieron de la misma manera que en el 2005.

Morbilidad general por egreso hospitalario

Dentro de las cinco primeras causas de morbilidad general por egreso hospitalario para el 2006, la infección de vías urinarias se convierte en la primera causa. En segundo lugar se encuentra la neumonía no especificada, que al compararlas con el 2005, ocuparon el quinto lugar. El parto espontáneo registra el tercer lugar. En cuarto lugar aparece la celulitis como motivo importante de consulta y en último lugar se encuentra la ruptura prematura de membranas e inicio de trabajo de parto ocupando el quinto lugar de la morbilidad por egreso hospitalario. (Ver figuras No. 27)

FIGURA No. 27
CASOS DE MORBILIDAD DE EGRESO HOSPITALARIO, SEGUN GRUPOS DE EDAD
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE 2006



FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URRREGO

PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD ORAL

Menores de 1 año

De acuerdo a los registros del hospital Juan Hernando Urrego; para este grupo de edad el único evento de consulta fue atrofia de las papilas linguales; comportamiento diferente al año 2005, en el cual se denotó una mayor consulta en este grupo; entre los motivos de consulta para el año anterior, se encuentran la caries limitadas al esmalte y caries de dentina.

Grupo de edad entre 1 a 4 años

Para este grupo, los eventos de mayor incidencia en los años 2005 y 2006, son las caries, las enfermedades periodontales y de la encía.

TABLA No. 32
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD ORAL EDAD DE 1 A 4 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA	
			10,000	%
1	CARIES DE LA DENTINA	66	260,15	55,46
2	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	33	130,07	27,73
3	PULPITIS	6	23,65	5,04
4	GINGIVITIS AGUDA	6	23,65	5,04
5	ABSCESO PERIA PICAL SIN FISTULA	2	7,88	1,68
6	ABSCESO PERIA PICAL CON FISTULA	2	7,88	1,68
7	PERIODONTITIS AGUDA	1	3,94	0,84
8	CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA	1	3,94	0,84
9	PERIODONTITIS APICAL CRONICA	1	3,94	0,84
10	ATROFIA DE LAS PAPILAS LINGUALES	1	3,94	0,84
RESTO DE CAUSAS				
TOTAL		119	469,06	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Grupo de edad entre 5 a 14 años

Tanto para el 2005 como para el 2006, para este grupo de edad, se encuentran las caries, la pulpitis y las enfermedades de la encía, como los primeros motivos de consulta, representando el 87% de los problemas en salud oral.

TABLA No. 33
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD ORAL EDAD DE 5 A 14 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA	
			10,000	%
1	CARIES DE LA DENTINA	66	260,15	55,46
2	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	33	130,07	27,73
3	PULPITIS	6	23,65	5,04
4	GINGIVITIS AGUDA	6	23,65	5,04
5	ABSCESO PERIA PICAL SIN FISTULA	2	7,88	1,68
6	ABSCESO PERIA PICAL CON FISTULA	2	7,88	1,68
7	PERIODONTITIS AGUDA	1	3,94	0,84
8	CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA	1	3,94	0,84
9	PERIODONTITIS APICAL CRONICA	1	3,94	0,84
10	ATROFIA DE LAS PAPILAS LINGUALES	1	3,94	0,84
RESTO DE CAUSAS				
TOTAL		119	469,06	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Grupo de edad entre 15 a 44 años

Al comparar los años 2005 y 2006, se observa similitud en los eventos de morbilidad oral; con la disminución en el número de consulta de 2510 en el 2005 a 579 en el 2006, siendo más de la quinta parte del año anterior.

TABLA No. 34
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD ORAL EDAD DE 15 A 44 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	CARIES DE LA DENTINA	321	238,64	55,44
2	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	94	69,88	16,23
3	PULPITIS	72	53,53	12,44
4	GINGIVITIS AGUDA	22	16,36	3,8
5	GINGIVITIS CRONICA	14	10,41	2,42
6	PERIODONTITIS AGUDA	7	5,2	1,21
7	NECROSIS DE LA PULPA	7	5,2	1,21
8	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	7	5,2	1,21
9	ABSCESO PERIA PICAL SIN FISTULA	5	3,72	0,86
10	RAIZ DENTAL RETENIDA	4	2,97	0,69
	RESTO DE CAUSAS	26	19,33	4,49
	TOTAL	579	430,45	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Grupo de edad entre 45 a 64 años

En este grupo de edad, la caries y enfermedad periodontal representan los principales motivos de consulta; pasando en el 2006 la gingivitis como el 4 evento de morbilidad oral, mientras que para el 2005 era el décimo evento.

TABLA No. 35
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD ORAL EDAD DE 45 A 64 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	CARIES DE LA DENTINA	43	123,03	48,86
2	PULPITIS	18	51,5	20,45
3	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	12	34,33	13,64
4	GINGIVITIS AGUDA	3	8,58	3,41
5	GINGIVITIS CRONICA	2	5,72	2,27
6	ABSCESO PERIA PICAL SIN FISTULA	2	5,72	2,27
7	PERIODONTITIS AGUDA	2	5,72	2,27
8	CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA	2	5,72	2,27
9	NECROSIS DE LA PULPA	1	2,86	1,14
10	ABSCESO PERIA PICAL CON FISTULA	1	2,86	1,14
	RESTO DE CAUSAS	2	5,72	2,27
	TOTAL	88	251,79	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Grupo de edad entre 65 y más años

Para el 2005 muchos de los eventos que se presentaron, correspondieron de la misma manera que en el 2006; excepto la raíz dental retenida, evento que se presento en el 2005 como el segundo evento de consulta.

TABLA No. 36
DIEZ PRIMEROS EVENTOS DE MORBILIDAD ORAL EDAD DE 65 Y MAS AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	EVENTOS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	CARIES DE LA DENTINA	8	76,19	38,1
2	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	8	76,19	38,1
3	GINGIVITIS AGUDA	1	9,52	4,76
4	ABSCESO PERIA PICAL SIN FISTULA	1	9,52	4,76
5	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	1	9,52	4,76
6	PERIODONTITIS CRONICA	1	9,52	4,76
7	DIENTES MOTEADOS	1	9,52	4,76
	RESTO DE CAUSAS			
	TOTAL	21	200	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

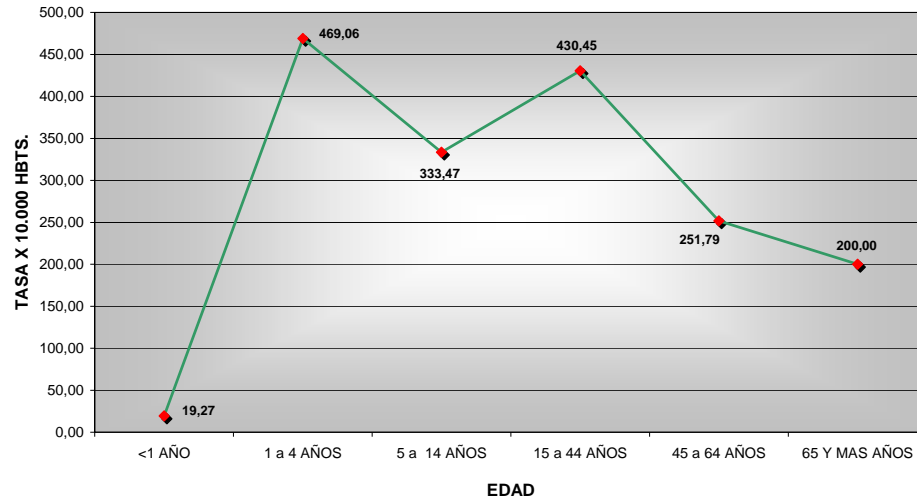
Morbilidad general por salud oral

En el municipio de Aguazul, Casanare se observa que la caries es la enfermedad oral de mayor prevalencia en la población. Se visualiza además que la caries supera para todos los grupos de edad el 68% de los motivos de consulta por patología oral.

Sin embargo, se debe resaltar que esta problemática se refleja en la población infantil y adolescente afectando a más del 70% de los individuos de este grupo que realizan demanda de servicios de salud. Esta situación debe ser considerada dentro de las actividades de promoción y prevención en salud oral; debido a que tanto en la niñez como en la adolescencia es muy importante actuar en contra de la caries, ya que en estos momentos es donde ocurren dos interfaces importantes dentro del contexto de salud oral y que hacen referencia a la dentición primaria y la permanente.

En conclusión, se observa una gama de patologías que afectan la salud de estas poblaciones, sin embargo la caries de la dentina y la limitada al esmalte son en todos los grupos de edad unas condiciones que deben ser tenidas en cuenta como problemáticas de salud pública y por tanto se deben realizar esfuerzos para contrarrestar la presentación de esta enfermedad en estos individuos, focalizando las actividades de educación, promoción y prevención en los grupos donde estas estrategias surtan efectos positivos, sostenibles a largo plazo.

FIGURA No. 28
TASA DE MORBILIDAD ORAL SEGUN GRUPOS DE EDAD
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE 2006

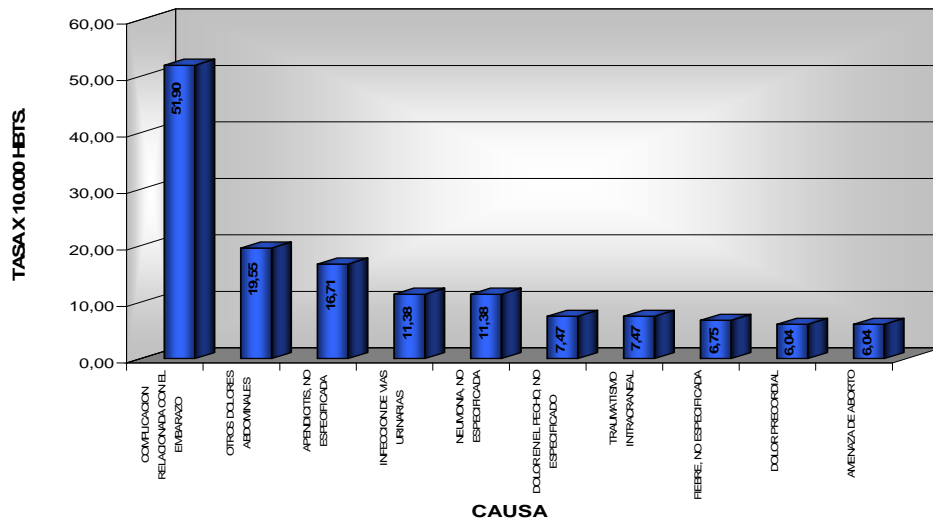


FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URRREGO

PRINCIPALES MOTIVOS DE REMISIÓN

Respecto a las principales causas de remisión, se observa que las complicaciones con el embarazo son la primera causa de remisión, con una tasa de 52,97 x 10.000 habitantes, seguida por otros dolores abdominales y los no inespecíficos con una tasa de 19,55 x 10.000 habitantes y apendicitis en 17,42 por 10.000 habitantes.

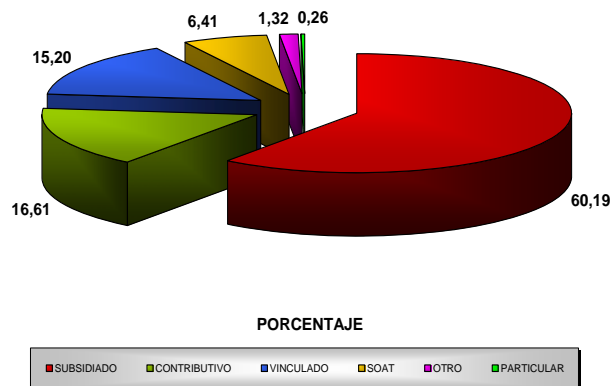
FIGURA No. 29
PRINCIPALES MOTIVOS DE REMISION MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE. AÑO 2006



FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URRREGO

De acuerdo al régimen de seguridad social, al cual pertenecen las personas remitidas, el subsidiado es el de mayor número de remisiones, seguido por el contributivo y el vinculado; de igual manera se observa como los accidentes de tránsito son motivo de remisión con el 6,41%.(ver figura No.29 y 30).

FIGURA No. 30
REMISIONES SEGUN REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE. AÑO 2006



FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URRREGO

De acuerdo a la empresa de afiliación, el 44,15% es remitido por Capresoca, seguido por Humana vivir con el 16,18% y la Dirección Departamental de Salud de Casanare con el 15,19%; el 9,65% Saludcoop y la previsora compañía de seguros el 4,47%.

Por sitio de recepción, las principales causas atendidas tanto por el Hospital Departamental de Yopal, como la Clínica Casanare son complicaciones relacionadas con el embarazo 146, apendicitis 47 y dolores abdominales 55; siendo el Hospital Departamental la institución de mayor recepción de estas causas.

TABLA No. 37
PRINCIPALES MOTIVOS DE REMISION SEGÚN LUGAR DE DESTINO MUNICIPIO
AGUAZUL, CASANARE. AÑO 2006

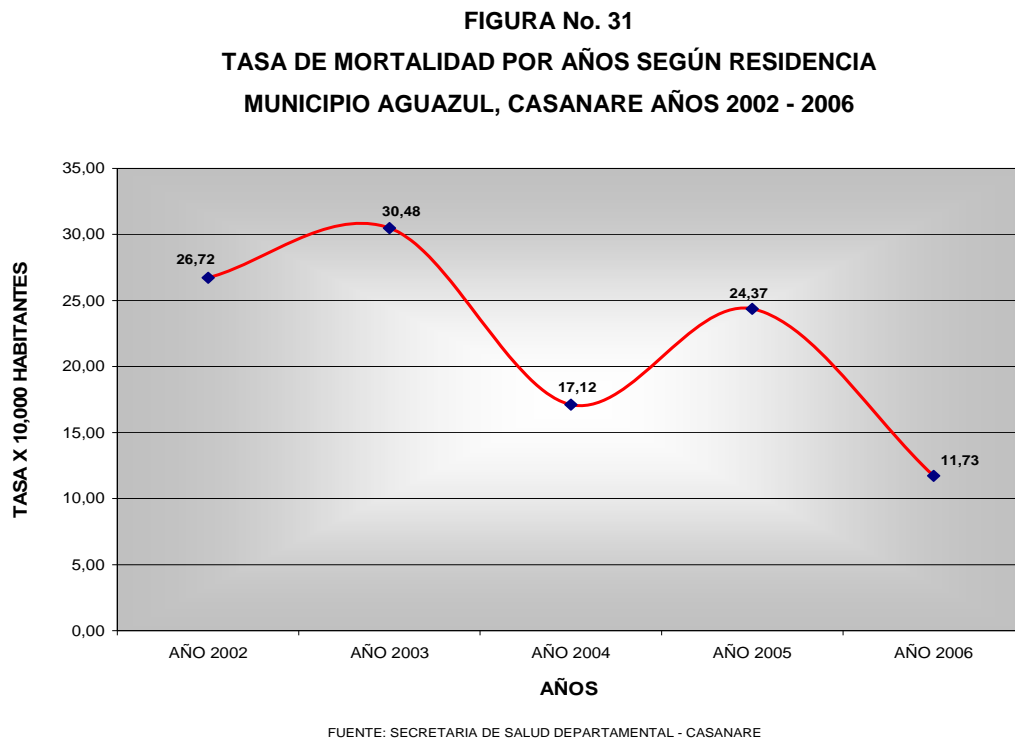
DIAGNOSTICO	CLINICA CASANARE		ESE HOSPITAL DE YOPAL	
		%		%
COMPLICACION RELAC. CON EL EMBARAZO, NO ESPECIF.	16	11,43	130	13,28
APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	9	6,43	38	3,88
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIF.	8	5,71	47	4,8
ABDOMEN AGUDO	6	4,29	9	0,92
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	5	3,57	14	1,43
AMENAZA DE ABORTO	4	2,86	13	1,33
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	4	2,86	28	2,86
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3	2,14	29	2,96
TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO	3	2,14	18	1,84
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	3	2,14	18	1,84
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	3	2,14	12	1,23
ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	3	2,14	0	0
DOLOR PRECORDIAL	2	1,43	15	1,53
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, SIN ESPECIF.	2	1,43	13	1,33
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIF.	2	1,43	9	0,92
OTRAS	69	49,2	586	59,8
TOTAL	140	100	979	100

FUENTE: HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO

Perfil de mortalidad

MORTALIDAD AÑOS 2002 – 2006

El descenso progresivo de la mortalidad en Colombia, durante los últimos años es uno de los factores principales de la transición demográfica que se observa en el país y que también se refleja en Aguazul. Este descenso en la mortalidad es significativo en el análisis por décadas más que en análisis comparativos puntuales de la mortalidad reciente donde el comportamiento general permanece relativamente estable.



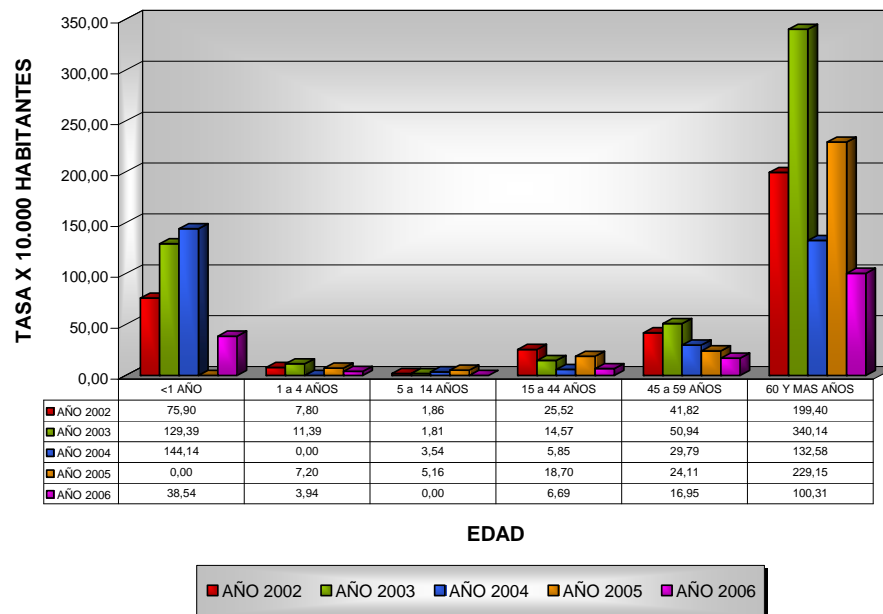
Durante el año 2006 se registraron 33 muertes de personas residentes en el municipio de Aguazul (cifras no definitivas), para una tasa bruta de mortalidad de

11,73 muertes por 10.000 habitantes, cifra inferior a la estimada en el año tanto para el departamento de Casanare 36,2 por 10.000 hab. como para el país que fue de 41,7 por 10.000 hab.

MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, AÑOS 2002 - 2006

La mortalidad por sexo durante los últimos 5 años en el municipio, sigue conservando una diferencia significativamente superior en hombres; excepto para el año 2004 en el cual el mayor porcentaje se presentó en mujeres con una diferencia del 11,76% entre ambos sexos. (Ver figura No. 32 y 33)

FIGURA No. 32
TASA DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN RESIDENCIA MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2002 – 2006

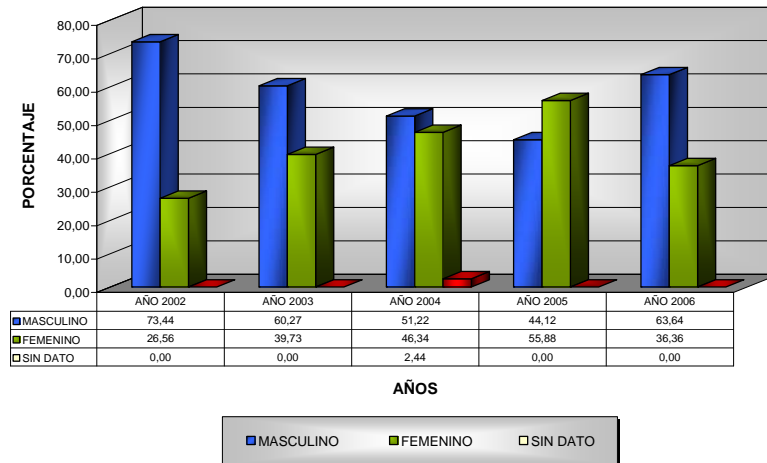


FUENTE: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL - CASANARE

En cuanto a los grupos de edad se observa que durante el periodo 2002 – 2006, el grupo de 60 y más años aporta la mayor tasa de mortalidad, seguido por

los menores de un año; excepto para el año 2005 en el cual el grupo de 15 a 44 años fue el segundo grupo con mayor tasa.

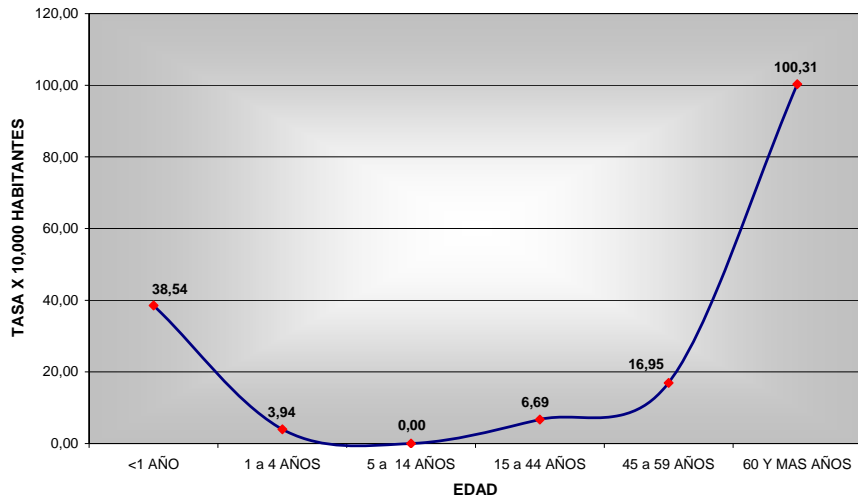
FIGURA No. 33
MORTALIDAD POR SEXO SEGÚN RESIDENCIA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2002 – 2006



FUENTE: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL - CASANARE

Para el año 2006, el sexo masculino presento mayor número de defunciones con un 63,64% del total de muertes comparada con el 36,36% en mujeres. De acuerdo a los grupos de edad, en este año el grupo de 60 y más años presenta una tasa de 100,31 x 10.000 habitantes, seguido por los menores de un año con 38,54 x 10.000 hab.; estas tasas de mortalidad en estos grupos de edad, posiblemente están relacionadas con la mayor susceptibilidad de infantes y adultos mayores hacia las enfermedades infecciosas y crónicas, respectivamente. (Ver figura No. 34)

FIGURA No. 34
TASA DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN RESIDENCIA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006



FUENTE: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL - CASANARE

MORTALIDAD POR REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, AÑOS 2004 - 2006

Dentro del periodo 2004 – 2006, existe una mayor mortalidad en la población afiliada al régimen subsidiado, seguida para el año 2005 por el régimen particular y para los años 2004 y 2006 el contributivo. Llama la atención la diferencia marcada que se registra entre la razón del régimen subsidiado y contributivo, el cual registra una razón aproximada entre 18 a 28 muertes más en el primer régimen mencionado frente al segundo.

En el año 2006, el 67% de las muertes ocurridas en Aguazul corresponden a la población afiliada al régimen subsidiado, siendo mayor la mortalidad en este régimen respecto al contributivo y población vinculada.

MORTALIDAD POR NIVEL EDUCATIVO, AÑOS 2004 - 2006

En la variable educación, durante los años 2004 y 2005 la mitad de los certificados de defunción no fue diligenciada, mientras que para el 2006, ocurrió en un 21% del total de certificados; sin embargo para el 2006 el 42% de los fallecidos habían cursado primaria.

MORTALIDAD SEGÚN GRUPO DE EDAD Y CAUSA, AÑO 2006

En los menores de 1 año, según los registros de la Secretaria de Salud del departamento de Casanare, las causas de muerte en este grupo de edad durante el año 2006 fueron síndrome de aspiración neonatal, sin otra especificación y Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre en una proporción del 50% cada una del total registrado.

Para el grupo de 1 a 4 años, la única causa registrada fue debida accidentes de transito como es peatón lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús; lo que indica reforzar las medidas de prevención en accidentalidad vial.

En el Grupo de 5 a 14 años, no se hallaron casos en la base de datos suministrada por la Secretaria de Salud de Casanare para el 2006.

Grupo de edad entre 15 a 44 años

Según datos DANE, en Colombia para el año 2004 la tasa de mortalidad estimada para este grupo de edad fue de 18,3 X 10.000 y en el departamento del Casanare de 29,8 X 10.000 hab. cifra superior a la nacional; para el año 2006 en el municipio de Aguazul la tasa de mortalidad fue de 6,69 x 10.000 habitantes; en las causas de muerte para este año, aunque el tumor maligno del cuello del útero

en mujeres aportó un mayor número de muertes; es importante analizar que las causas debidas a accidentes de tránsito al agruparlas aportan el 44,4% del total.

TABLA No. 38
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN RESIDENCIA EDAD 15 A 44 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	CAUSAS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	2	1,49	22,22
2	MOTOCICLISTA LESIONADO COLISION CON VEH. TRANSP. PESADO O AUTOBUS	1	0,74	11,11
3	AGRESION CON OBJETO CORTANTE: VIVIENDA	1	0,74	11,11
4	CICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPEC.	1	0,74	11,11
5	MELANOMA MALIGNO DE PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	1	0,74	11,11
6	PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	1	0,74	11,11
7	MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCID. DE TRANSITO NO ESPEC.	1	0,74	11,11
8	AGRESION CON OBJETO CORTANTE: CALLES Y CARRETERAS	1	0,74	11,11
RESTO DE CAUSAS				
TOTAL		9	6,69	100

FUENTE: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Grupo de edad entre 45 a 59 años

Las enfermedades crónicas no transmisibles comienzan a hacerse determinantes en la mortalidad a partir de este grupo de edad, aunque es importante destacar la enfermedad de Chagas como una de las cinco primeras causas de mortalidad.

TABLA No. 39
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN RESIDENCIA EDAD 45 A 59 AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	CAUSAS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	CARDIOMIOPATIA DILATADA	1	3,39	20
2	ENFERMEDAD DE CHAGAS (CRONICA) QUE AFECTA AL CORAZON	1	3,39	20
3	EDEMA PULMONAR	1	3,39	20
4	PEATON LES. COLISION VEH. DE TRANSP. PES. O AUTOB. ACCIDENTE DE TRAN.	1	3,39	20
5	OBSTRUCCION DE RESP. DEBIDA A HUND., CAIDA DE TIERRA U OTRAS SUST.	1	3,39	20
RESTO DE CAUSAS				
TOTAL		5	16,95	100

FUENTE: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Grupo de edad entre 60 y más años

La tasa de mortalidad para este grupo de edad fue de 100,31 x 10.000 habitantes, cifra superior tanto a la nacional para el grupo de 65 y más años del año 2004, la cual fue de 41,34 x 10.000 habitantes, como la de Casanare con 29,05 x 10.000 hab. Las causas de muerte para el año 2006 fueron enfermedades isquémicas, enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitas; en las mujeres de este grupo de edad se presenta los tumores malignos de útero, como causa de muerte.

TABLA No. 40
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN RESIDENCIA EDAD 60 Y MÁS AÑOS
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑO 2006

No.	CAUSAS	TOTAL	TASA 10,000	%
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3	18,81	18,75
2	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	1	6,27	6,25
3	OCUP. AUTOMOVIL LESIONADO COLISION AUTOMOVIL, CAMIONETA O FURG.	1	6,27	6,25
4	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	1	6,27	6,25
5	ENFERMEDAD ATEROSCLEROTICA DEL CORAZON	1	6,27	6,25
6	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	6,27	6,25
7	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	1	6,27	6,25
8	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1	6,27	6,25
9	TUMORES MALIGNO (PRIMARIOS) DE SITIOS MULTIPLES INDEPENDIENTES	1	6,27	6,25
10	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERT. SIN INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	1	6,27	6,25
	RESTO DE CAUSAS	4	25,08	25
TOTAL		16	100,31	100

FUENTE: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE CASANARE

Identificación de riesgos epidemiológicos

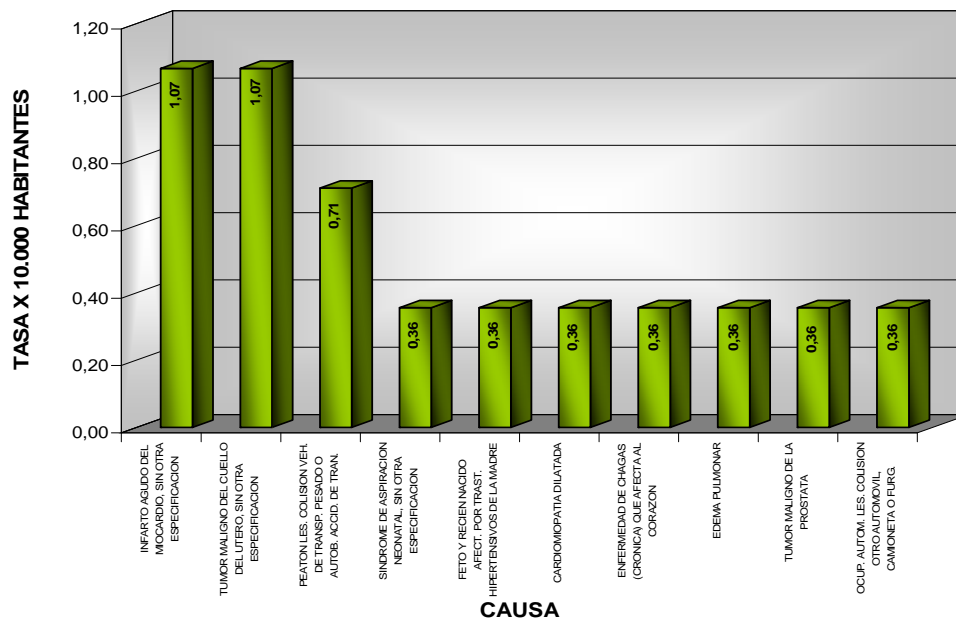
Mortalidad General

Para el país, según datos DANE en el 2004 la tasa de mortalidad alcanzada fue de 41,7 x 10.000 habitantes y para el departamento de Casanare de 36,20 x

10.000 hab.; en el municipio de Aguazul para el año 2006 la tasa de mortalidad fue de 11,73 x 10.000 hab. Cifra inferior al promedio nacional y al parámetro departamental.

Al realizar el análisis de mortalidad general del municipio; las muertes naturales representadas principalmente en las enfermedades cardio-cerebro-vasculares, tumores malignos, especialmente del tracto genitourinario y las debidas a accidentes de tránsito se convierten en las primeras causas de mortalidad en el municipio. Siendo imperante realizar programas que conlleven a la prevención de este tipo de causas de mortalidad.

FIGURA No. 35
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN RESIDENCIA MUNICIPIO
AGUAZUL, CASANARE 2006



FUENTE: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL - CASANARE

Se puede evidenciar que la mayor proporción de muertes de acuerdo al área de residencia, es aportada por el grupo etáreo de 65 y mas años con un 39,8%, seguido del grupo entre 45 y 64 años con un 25,3%, en orden le sigue el grupo

con edades comprendidas entre 15 y 44 años con 24,1%. En el grupo de 1 a 4 años no se presentaron muertes para el año analizado, es importante tener en cuenta que en los grupos entre 5 y 14 y menores de un año, se presentó respectivamente 4,8 y 6 %.

El 72% de las muertes ocurrieron en el sexo masculino y el 28% restante en mujeres, de las cuales el 75,9% de las muertes pertenecen al área urbana, el 13,3% al área rural dispersa, el 8,4% al centro poblado.

Durante el 2007 disminuyó el número de muertes a 51, de las cuales el 43,1% ocurrió en el grupo etáreo de 65 y más años, seguido por el 27,5% por el grupo de 15 a 44 años y el 23, 5% lo aportó el ciclo vital de 45 a 64 años.

En los grupos poblacionales entre 1 – 4 años y 5 a 14 años no se presentaron defunciones, los menores de 1 año realizaron un aporte del 2%.

El 63% de la mortalidad sigue siendo aportada por el sexo masculino, disminuyendo en comparación con el año 2006, del 100% de las muertes, el 53% residían en el área urbana del Municipio y el 41% eran residentes del área rural dispersa, incrementándose casi al doble en comparación con el año 2006.

Al revisar las Estadísticas Vitales del Dane para los años 2006 y 2007 para el Departamento de Casanare, podemos observar que el mayor número de defunciones pertenecen al régimen Subsidiado.

Cobertura de las actividades de Promoción y Prevención del Régimen Subsidiado en el municipio durante 2006

Para el año 2006 el cumplimiento de las metas de las acciones de Promoción y Prevención establecidas por la Resolución 412 de 2000, reportaron un comportamiento menor de 50% de cumplimiento en las actividades de aplicación

de BCG, Pentavalente y Fiebre Amarilla en el Programa Ampliado de Inmunizaciones; la consulta de planificación, dispositivo intrauterino, anticoncepción oral y toma de citología en Planificación Familiar.

Tabla No.41
COBERTURA DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENIO DEL REGIMEN SUBSIDIADO
DURANTE EL 2006

Programa Ampliado de Inmunizaciones	Total dosis PROGRAMADAS 2006	Dosis APLICADAS 2006	% COBERTURA	RESULTADO
Aplicación de BCG	26	4	15%	MUY DEFICIENTE
AntiHepatitis B	219	679	310%	INADECUADO
Aplicación de DPT	804	1391	173%	INADECUADO
Polio	2334	1546	66%	ACEPTABLE
Haemophilus Influenza	341	642	188%	INADECUADO
Pentavalente	1530	125	8%	MUY DEFICIENTE
Triple Viral	547	1518	278%	INADECUADO
Fiebre Amarilla	8221	1933	24%	MUY DEFICIENTE
TT o Td	10623	2378	22%	MUY DEFICIENTE
Planificación Familiar	Total dosis PROGRAMADAS 2006	Dosis APLICADAS 2006	% COBERTURA	RESULTADO
Consultas de Planificación	2370	483	20%	MUY DEFICIENTE
Control de Planificación	2766	2769	100%	OPTIMO
Dispositivo Intrauterino	359	165	46%	MUY DEFICIENTE
Anticoncepción Oral	11717	1969	17%	MUY DEFICIENTE
Planificación Familiar	Total dosis PROGRAMADAS 2006	Dosis APLICADAS 2006	% COBERTURA	RESULTADO
Toma de Citología	5952	1924	32%	MUY DEFICIENTE
Lectura de Citología	2952	1924	65%	ACEPTABLE

Escala de interpretación: Cumplimiento menor al 50%: muy deficiente; Cumplimiento igual al 50%: deficiente; Cumplimiento mayor al 50%: aceptable; Cumplimiento mayor al 95%: optimo; Cumplimiento mayor al 100%: inadecuado

Las actividades de aplicación de dosis de Polio y Lectura de Citología presentan una cobertura aceptable. Las actividades de aplicación de vacuna antihepatitis B, DPT, Haemophilus Influenzae, Triple Viral del Programa Ampliado

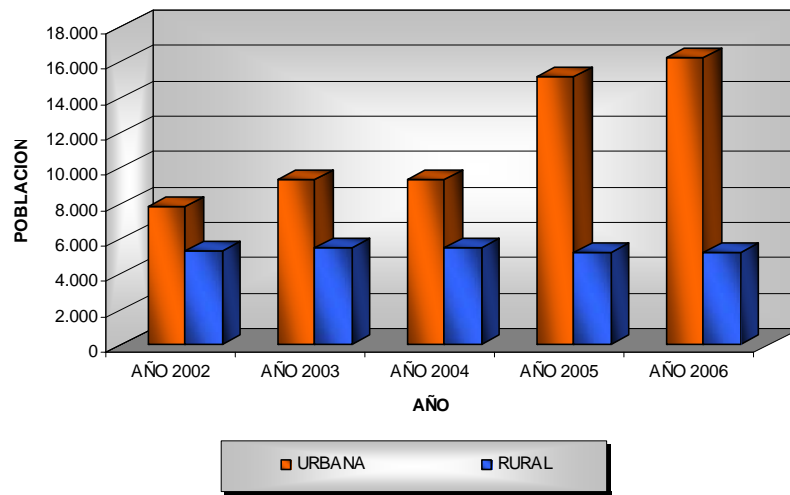
de Inmunizaciones presentan cobertura inadecuada. Solamente el Control de Planificación presentó una cobertura óptima.

Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

El municipio de Aguazul presentó un ascenso paulatino entre los años 2000 y 2006 en el número de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social pasando de 7439 afiliados en 2000 a 21506 afiliados a 2006.⁸

Para el año 2007 las estadísticas de la Secretaría de Salud Departamental reportó un porcentaje de afiliación de 97.6% al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La afiliación al Régimen Contributivo fue de 25% y la afiliación al régimen subsidiado de 70%.

FIGURA No.36
POBLACIÓN SUBSIDIADA SEGÚN ZONA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2002 - 2006



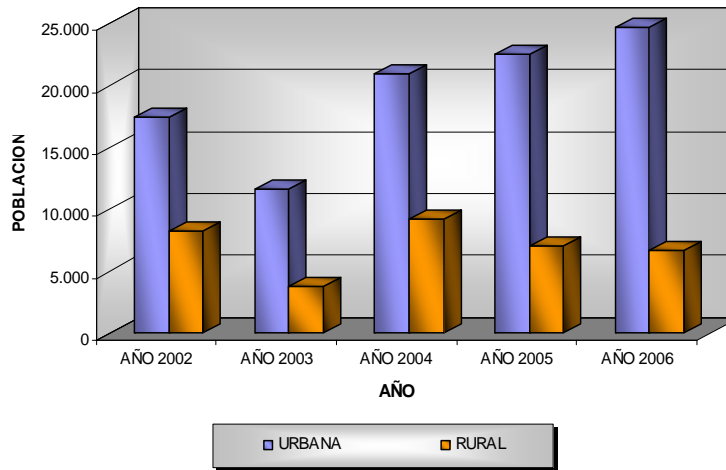
FUENTE: Oficina SISBEN - Secretaría de Salud Municipal

El número de población sisbenizada en el municipio es mayor en el área urbana que en la rural; el porcentaje de personas caracterizadas dentro del

⁸ Gobernación de Casanare. Boletín Estadístico Casanare en Cifras 2004-2006

SISBEN se ha incrementado en más del 41% en el área urbana, durante los años 2000 a 2006; mientras que para el área rural se observa una disminución del 19% en el total de personas pertenecientes al SISBEN.

FIGURA No. 37
POBLACION SISBENIZADA SEGUN ZONA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2002 - 2006



FUENTE: Oficina SISBEN - Secretaría de Salud Municipal

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

Clasificación nutricional de la población escolar

El componente Salud Nutricional del PAB realizó durante 2007 seguimiento al estado nutricional de los escolares del municipio, como parte de la línea de acción “Investigación y Evaluación en Aspectos Alimentarios y Nutricionales” del Plan Municipal de Alimentación y Nutrición. Se tomó la información de 2929 escolares valorados durante 2007. Se clasificó según graficas de Índice de Masa Corporal – IMC- en percentiles para niños y niñas de 2 a 20 años del National Center for Health Statistics –NCHS- en colaboración con el National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion –CDC-. Del total de escolares valorados, el 39,1 % presenta algún tipo de desnutrición, el 5,1 % tiene

malnutrición por exceso, con sobrepeso u obesidad, y el restante 55,8 % tiene un estado nutricional normal (eutrófico).

En relación con el año 2006, según consolidado del componente Salud Nutricional del PAB de ese año, Se tomo información de 5.961 escolares valorados durante 2006. Se clasifico según graficas de Índice de Masa Corporal – IMC- en percentiles para niños y niñas de 2 a 20 años del National Center for Health Statistics –NCHS- en colaboración con el National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion –CDC-. Del total de escolares valorados, el 36 % presenta algún tipo de desnutrición, el 14.8 % tiene malnutrición por exceso, con sobrepeso u obesidad, y el restante 49.2 % tiene un estado nutricional normal (eutrófico).

Se encontró que la malnutrición por déficit afecta más a los escolares del área rural que a los del área urbana, presentando mayores porcentajes de desnutrición aguda (2.7 vs. 1.5 %), global (7.4 vs. 4.0 %) y crónica (11.5 vs. 8.9 %). Por el contrario, la malnutrición por exceso, sobrepeso y obesidad, es mayor en escolares del área urbana que en los de la rural (7.6 vs. 3.6 %).

Comparando los dos años hubo un aumento de de 3,1 puntos en las cifras totales de desnutrición, un aumento de 6,2 puntos para la normalidad en el estado nutricional y una disminución significativa del sobrepeso y la obesidad de 9,7 puntos.

FIGURA No. 38
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES ÁREAS URBANA Y RURAL
MUNICIPIO DE AGUAZUL, 2007

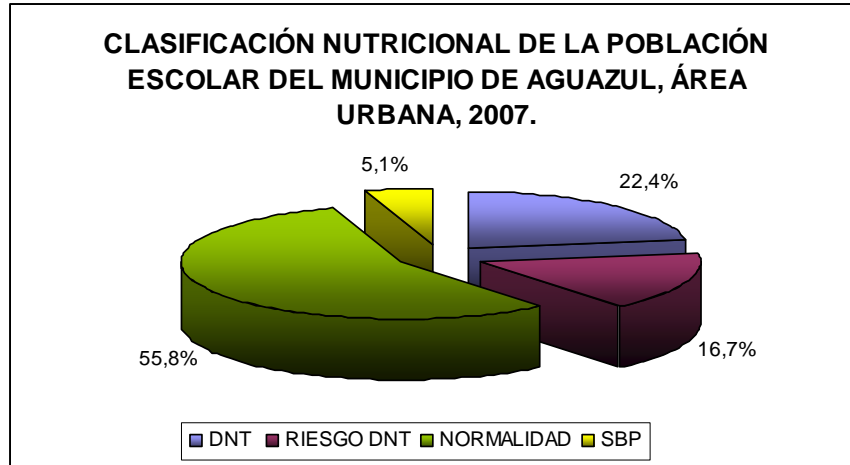
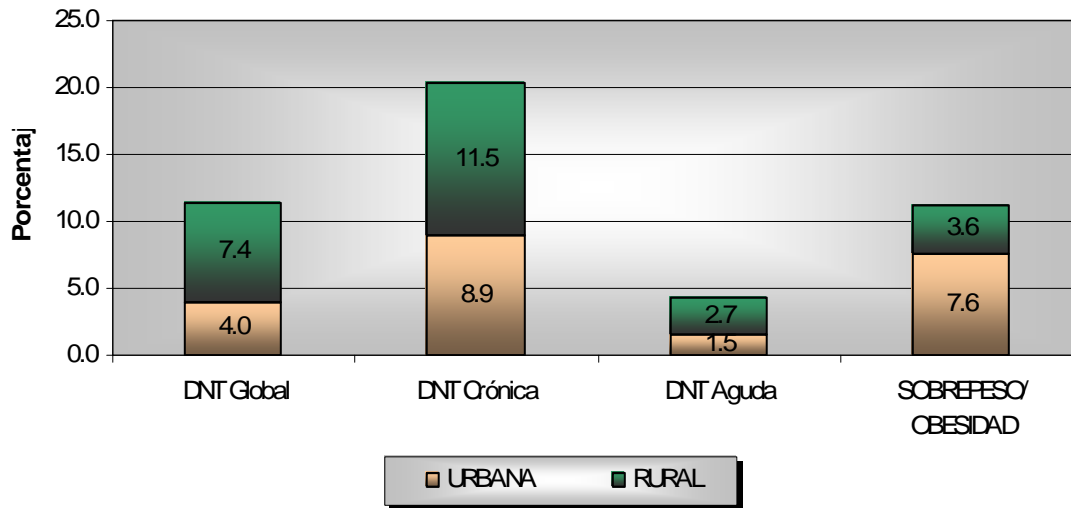


FIGURA No. 39
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ESCOLARES ÁREAS URBANA Y RURAL
MUNICIPIO DE AGUAZUL, 2006



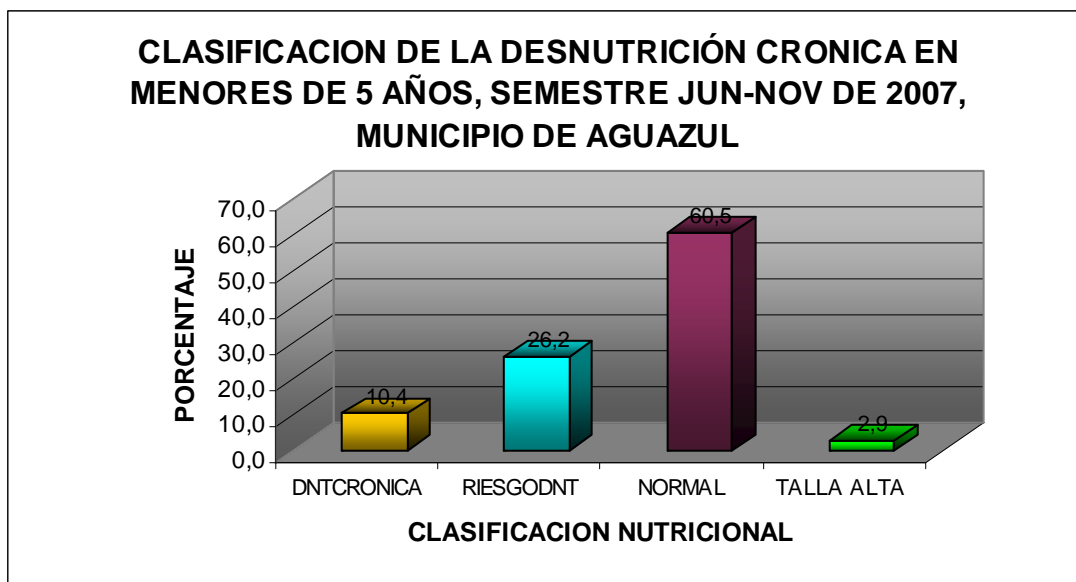
FUENTE: COMPONENTE SALUD NUTRICIONAL, PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD. SECRETARÍA DE SALUD Y EDUCACIÓN MUNICIPAL, AÑO 2006.

Clasificación Nutricional de la población menor de 5 años.

En cuanto a la Situación Nutricional del Municipio en el informe consolidado del semestre comprendido entre junio a noviembre de 2007 del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional –SISVAN- de la Secretaria de Salud de Casanare informo que de la población infantil menor de 5 años (1721 niños reportados), el cual clasifica a los niños por Desviaciones Estándar según puntos de corte establecidos en el protocolo SISVAN para Casanare.

El SISVAN presento en cuanto a la Desnutrición Crónica parámetro (Talla//Edad) el 10,4% de los niños presentan Desnutrición Crónica o Talla Baja; el 26,2% presentan riesgo de desnutrición crónica; como se observa en la Figura No 40.

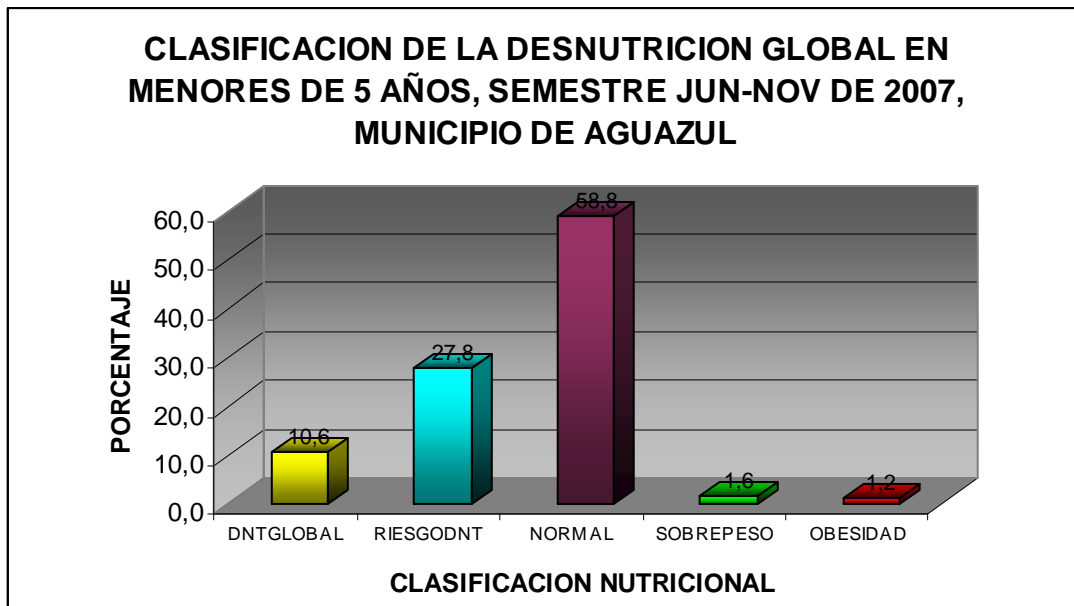
FIGURA 40
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR TALLA/EDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
MUNICIPIO DE AGUAZUL, 2007



Fuente: SISVAN- Secretaria de Salud de Casanare 2007.

En cuanto a Desnutrición Global parámetro (Peso//Edad) el 10,6% tienen afección severa del peso para la edad o Desnutrición Global y el 27,8% de los niños presentan riesgo de Desnutrición Global como se observa en la figura No 41.

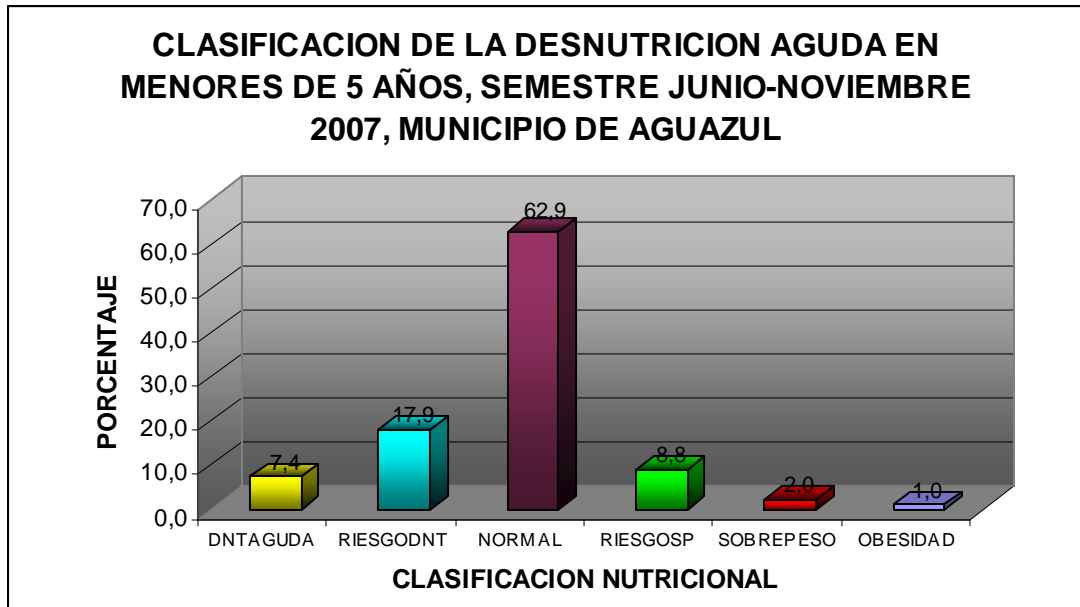
FIGURA 41
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR PESO/EDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
MUNICIPIO DE AGUAZUL, 2007



Fuente: SISVAN- Secretaria de Salud de Casanare 2007.

Por último en cuanto a la Desnutrición Aguda (Peso//Talla), el 7,4% se encuentran con Desnutrición Aguda; el 17,9% están a riesgo de Desnutrición como se observa en la figura 42.

FIGURA 42
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR PESO/TALLA DE LOS NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS
MUNICIPIO DE AGUAZUL, 2007



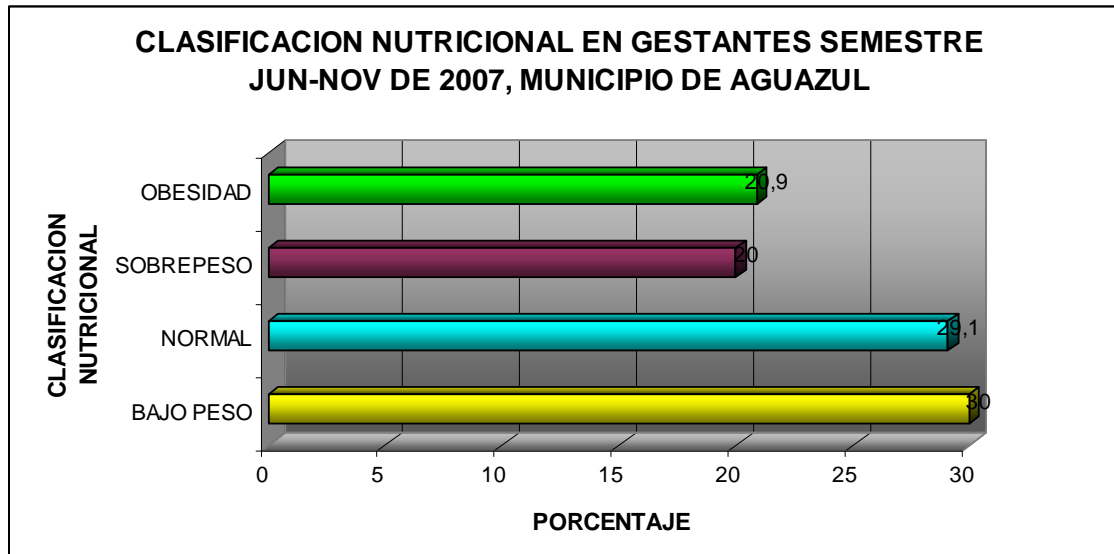
Fuente: SISVAN- Secretaria de Salud de Casanare 2007.

Clasificación nutricional de las gestantes

La población gestantes analizada por el GESTA en este semestre fue de 156 gestantes, las cuales presentaron: el 30% bajo peso para la edad gestacional; cabe resaltar que el 20,9% presentaba obesidad y el 20% presenta Sobrepeso.

Por lo tanto el porcentaje de gestantes con normalidad es inferior al de las que presentan malnutrición por déficit o por exceso, como se observa en la figura 43.

FIGURA 43
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL POR INDICADOR PESO/TALLA DE LAS GESTANTES
MUNICIPIO DE AGUAZUL, 2007



Fuente: SISVAN- Secretaria de Salud de Casanare 2007.

Según la metodología utilizada por el componente de Salud Nutricional del PAB en los años 2006 y 2007 en cuanto a la clasificación nutricional y la metodología utilizada por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – SISVAN- de la Secretaria de Salud de Casanare para el año 2007 se hace imposible la comparación entre los dos diagnósticos nutricionales. Por lo tanto a partir del año 2008 se toma como metodología la clasificación que establezca el SISVAN para el Departamento.

DIAGNOSTICO ALIMENTARIO

El Departamento de Casanare a través de la Secretaría de Salud Departamental se formulo el Plan Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PDSAN) 2006-2010, con el propósito de integrar, articular y proponer acciones para garantizar que la población Casanareña disponga, acceda y

consume alimentos de manera oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad.

Este plan integró la participación de diferentes entidades del ámbito nacional con representación en el Departamento, entidades departamentales y las alcaldías. En su línea de base se realizó una encuesta sobre la situación alimentaria de la población casanareña SISBEN 1 y 2 del área urbana, en el Municipio de Aguazul se determinó una muestra de 120 personas, se utilizó la escala que mide el grado de severidad de la inseguridad alimentaria y del hambre experimentado por el hogar y no por un miembro en particular, según esta escala el Municipio presentó lo siguiente: “la gran mayoría de su población se encuentra en inseguridad alimentaria con el más alto porcentaje en inseguridad leve (85%), un pequeño porcentaje con hambre moderada (8%) y solo el 6.6% cuenta con seguridad alimentaria.

En cuanto al Índice de Alimentación Variada (IAV), en Aguazul solamente el 1.7% de las personas residentes en este municipio consumen alimentos de todos los grupos diariamente, un porcentaje similar (2.5%) no consume alimentos de los siete grupos todos los días, sin embargo la tendencia es a variar la dieta diariamente en un 65%.

En este documento también se hace un análisis del comportamiento del bajo peso al nacer para los años 2003, 2004 y 2005 donde se encontró que el Municipio presenta un 3,3% de nacimientos con bajo peso para estos años, el cual es inferior al departamental que es en promedio del 4 %.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Las coberturas de vacunación en menores de un año presentaron un descenso a niveles de riesgo durante 2002. En el 2004, las coberturas fueron mayores a lo esperado para todos los biológicos.

TABLA No. 42
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2000 - 2005

COBERTURAS DE VACUNACION POBLACION MENOR DE UN AÑO											
AÑO < 1 AÑO	BCG		POLIO		DPT		HEPATITIS B		H.INFLUENZA B		
	ÚNICA	%	3RA DOSIS	%	3RA DOSIS	%	3RA DOSIS	%	3RA DOSIS	%	
2000	761	724	95%	714	94%	689	91%	781	103%	635	83%
2001	773	685	89%	693	90%	708	92%	725	94%	676	87%
2002	797	597	75%	623	78%	574	72%	552	69%	424	53%
2003	540	538	100%	627	116%	630	117%	630	117%	630	117%
2004	554	579	105%	575	104%	572	103%	572	103%	575	104%
2005	604	579	96%	585	97%	585	97%	585	97%	585	97%
2006	608	540	89%	558	92%	558	92%	558	92%	558	92%

FUENTE: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Las coberturas de triple viral en niños de un año también disminuyeron para 2002. En cambio, las coberturas de anti-amarílica ante casos emergentes tiende a sobrepasar las metas esperadas.

TABLA No. 43
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2000 - 2005

COBERTURAS DE VACUNACION POBLACION DE UN AÑO			
AÑO	1 AÑO	SRP	
		ÚNICA	%
2000	618	709	115%
2001	634	650	103%
2002	773	667	86%
2003	560	543	97%
2004	575	599	104%
2005	615	597	97%
2006	558	540	97%

FUENTE: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

La cobertura de segundas a quintas dosis de Toxoide tetánico-diftérico han aumentado entre 2000 y 2005, con una búsqueda activa de susceptibles.

TABLA No. 44
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE AÑOS 2000 - 2005

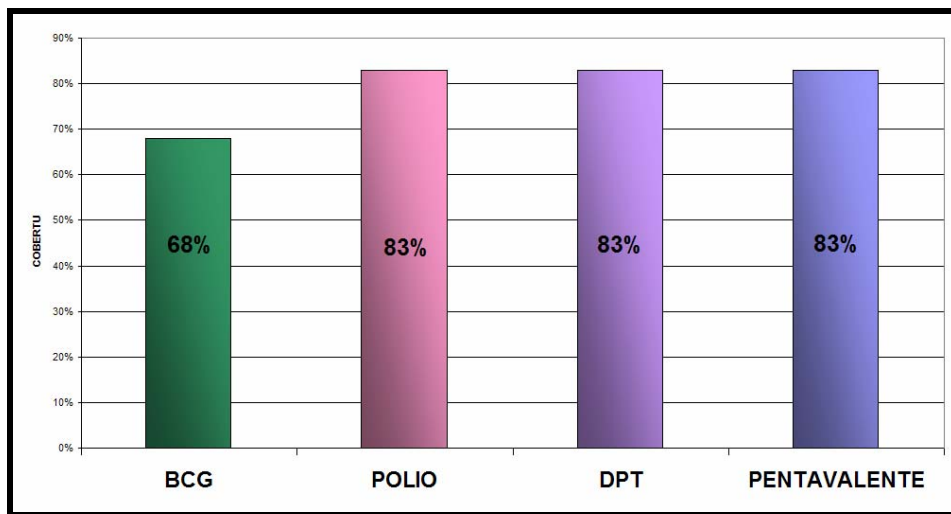
AÑO	T.D. OBSTÉTRICAS			T.D. M.E.F.		
	Susceptible	2a a 5a dosis	%	Susceptible	2a a 5a dosis	%
2000	2.156	465	22	17.57	2.225	13
2001	796	510	64	2.311	2.441	106
2002	1.877	487	26	15.382	1.964	13
2003	352	445	126	3.685	2.996	81
2004	281	483	172	2.904	2.194	76
2005	310	391	126	3.211	3.147	98

FUENTE: SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Coberturas de vacunación 2007

En el municipio las coberturas de vacunación en menores de un año, para polio y DPT fueron menores de 90% debido al aumento en el valor del denominador poblacional por DANE acorde al censo de 2005; para BCG la cobertura fue menor de 70%.

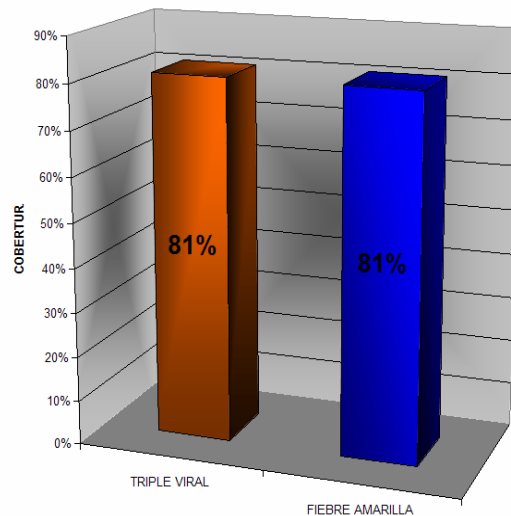
FIGURA No. 44
COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO MUNICIPIO AGUAZUL AÑO 2007



Fuente: Secretaría de Salud Departamental

Las dosis aplicadas de Triple viral y anti amalarica para población de un año, presentaron el mismo comportamiento con tendencia al descenso de las coberturas en menores de una año.

FIGURA No. 45
COBERTURA DE VACUNACIÓN POR TRIPLE VIRAL Y ANTIAMARILICA EN 1 AÑO, MUNICIPIO AGUAZUL AÑO 2007



Fuente: Secretaría de Salud Departamental 2007

La cobertura de vacunación con Toxoide Tetànico con segunda dosis en Mujeres en Edad Fértil (MEF), fue del 38%.

Prevalencia e incidencia de enfermedades de interés en salud pública

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), normado mediante la resolución 3518 de 2006 es el subsistema de información en salud establecido por el Ministerio de la Protección Social mediante el cual se realiza el monitoreo permanente de los eventos en salud definidos como los más importantes en salud pública.

En la actualidad se reportan al sistema de vigilancia 59 enfermedades de notificación obligatoria clasificadas como enfermedades de erradicación, eliminación y control; de acuerdo con la misma su periodicidad varía entre inmediata y semanal.

En el año 2007 se reportaron en total 3105 casos de eventos objetos de vigilancia. Dentro de los cinco primeros eventos de notificación obligatoria se encuentran las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRA) en primer lugar con una tasa de 409,3 x 10.000 habitantes, en segundo lugar se encuentra la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) con una tasa de 319,7 x 10.000 habitantes, en tercer lugar se encuentra el Dengue Clásico con una tasa de 146,5 x 10.000 habitantes, en cuarto lugar se encuentra Violencia Intrafamiliar con una tasa de 89,9 x 10.000 habitantes y en quinto lugar se encuentra la Varicela con una tasa de 62,1. (Ver tabla No. 45)

TABLA No. 45
EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
MUNICIPIO AGUAZUL, CASANARE 2007

EVENTOS	CASOS	TASASx10000	EVENTOS	CASOS	TASASx10000
Morbilidad por IRA	1147	409,3	Intoxicación por Fármacos	5	1,8
Morbilidad por EDA	896	319,7	Muerte Perinatal	4	1,4
Dengue	411	146,6	Hepatitis A	4	1,4
Violencia Intrafamiliar	252	89,9	Sífilis Gestacional	3	1,1
Varicela	174	62,1	Reacción Postvacunal	2	0,7
Intoxicación por Alimentos	21	7,5	Tuberculosis Extrapulmonar	2	0,7
Intoxicación por Plaguicidas	19	6,8	Exposición Rábica	2	0,7
Intoxicación por Sustancias Químicas	12	4,3	Quemadura por Pólvora	2	0,7
Accidente Ofídico	12	4,3	Malaria por vivax importada	1	0,4
Dengue Hemorrágico	11	3,9	Muerte Materna	1	0,4
Chagas	8	2,9	Intoxicación por Metanol	1	0,4
Tuberculosis Pulmonar	7	2,5	Intoxicación por Solventes	1	0,4

Fuente: SIVIGILA-2007. Secretaría de Salud Municipal

Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Al revisar el comportamiento durante el año inmediatamente anterior las enfermedades como la Enfermedad Respiratoria Aguda (IRA) y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se mantuvieron como las primeras causas de notificación durante 2007.

Enfermedades Inmunoprevenibles. Durante el año 2007 no se reportaron casos de Eliminación, Erradicación o control incluidas dentro del esquema PAI nacional. Sin embargo, la Varicela ocupa el quinto lugar dentro de las enfermedades de notificación obligatoria reportadas por SIVIGILA. La Hepatitis A reportò durante 2006 cuatro (4) casos con una tasa de 1,4x10000 habitantes. Se presentaron dos eventos adversos seguidos a la vacunación con una tasa de 0,7 x 10000

Eventos en Salud Sexual y Reproductiva. Se reportaron tres casos de sífilis gestacional para una tasa de 1,1 x 10000 habitantes; mostrando una disminución sustancial en la presentación de casos; dado que 2006 se reportaron ocho casos aumentando en un 50% en relación al año inmediatamente anterior.

Mortalidad Materna. La mortalidad materna es considerada como un indicador de calidad de la prestación de servicios en Salud y como una mortalidad evitable. Para 2007 el Sistema de Vigilancia nos reporta un caso en comparación con el año 2006 durante el cual no se reportó ningún caso.

Mortalidad Perinatal. Considerada como indicador de la prestación de servicios de Salud el municipio de Aguazul durante 2007 se reporta la reducción en caso en relación con el año inmediatamente anterior; siendo este con 2004 los años con mayor reporte de casos en el municipio.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES. En este grupo de eventos se encuentran el Dengue Clásico, Dengue Hemorrágico, Enfermedad de Chagas y Malaria. El Dengue Clásico es la tercera enfermedad de notificación en el municipio con una tasa de 146,5 x 10.000 habitantes; así mismo, el Sistema reportó 11 casos de dengue hemorrágico para una tasa de 3,9 casos x 10000 habitantes. La notificación de casos de Dengue durante los años 2002 a 2006 ha incrementado progresivamente, en el 2002 se notificaron 35 casos de DC incrementándose en un 43,5% para el año siguiente; para los años 2005 y 2006 se reporta Dengue Hemorrágico con 3 y 16 casos respectivamente.

La enfermedad de Chagas es la onceava causa de notificación con una tasa de 2,9 x 10000 habitantes. Se presentó durante 2007 un caso de Malaria por Vivax importada en el municipio.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Durante 2007 se observa que el Sistema de Vigilancia en Salud Mental ha mejorado la captación de los casos de Violencia Intrafamiliar dado por el aumento en el número de casos reportados en relación con el año inmediatamente anterior posicionándose dentro de los primeros cinco eventos de notificación.

TUBERCULOSIS. De acuerdo con el perfil epidemiológico para esta enfermedad en el departamento de Casanare; el municipio de Aguazul se ubica en el grupo de alto riesgo de acuerdo con el número de casos reportados por cada 100.000 habitantes. El municipio reporta un porcentaje de captación de 85%; sin embargo, se requiere realizar la georreferenciación de los casos para intensificar las acciones de búsqueda de sintomáticos en estos sectores.

INTOXICACIONES. Las intoxicaciones se ubican entre las diez primeras causas de notificación en el municipio así: Intoxicación por Alimentos con una tasa de 7,5 x 10000; Intoxicación por plaguicidas con una tasa de 6,8 x 10.000 e Intoxicación por Sustancias Químicas con una tasa de 4,3 x 10000 habitantes.

Situación de la red prestadora de servicios

SECRETARIA DE SALUD Y EDUCACIÓN MUNICIPAL

La Secretaría Municipal de Salud de Aguazul, desde 2004 viene desarrollando actividades encaminadas al mejoramiento de la salud pública en el municipio a través de la formulación de diferentes proyectos encaminados a dar cumplimiento a la normatividad vigente como lo es la Ley 715 de 2001, la ley 100 de 1991, La ley de Regalías petroleras, la Circular 018 de 200, la ley 1122 de 2007, Decreto 3039 de 2007.

A partir del 2008, año en el cual inicia a regir mucha de la normatividad que aun se encontraba sin reglamentar en el 2007, entra en un proceso de transición y adaptabilidad, no solo en el tema de salud sino en la formulación del Plan de desarrollo **“Huellas de Esperanza”**.

La Secretaria de Salud es la responsable de orientar y adoptar las políticas, los lineamientos, los planes, programas y proyectos emitidos por el gobierno nacional y departamental.

En la actualidad el único personal con que cuenta la Secretaria es el Secretario de Salud, quien es de libre nombramiento y remoción y la secretaria administrativa la cual es personal de planta de la Administración Municipal.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Secretaria no cuenta con personal capacitado para desarrollar e implementar las diferentes competencias asignadas por Ley, de ahí la necesidad de apoyarse con personal contratado para que realice las diferentes actividades otorgadas por Ley.

Capacidad instalada de la red pública

En la zona Rural cuenta con dos (2) centros para prestar los servicios de Salud: el Puesto de Salud de Cupiagua y el Puesto de Salud de Río Chiquito. En la zona urbana el Hospital Local Juan Hernando Urrego.

Hospital Juan Hernando Urrego ESE

El Hospital Juan Hernando Urrego E.S.E. de Aguazul, creado por Acuerdo 041 de 1.996 del Concejo Municipal, es una entidad de naturaleza pública, con patrimonio propio, sostenido con recursos propios y aportes del municipio por venta de servicios (subsidio a la oferta).

La IPS cuenta con una edificación de dos (2) pisos; en la primera planta funciona los servicios de: Consulta Externa; Urgencias; Hospitalización; Cirugía; Sala de partos; Áreas de mantenimiento; Restaurante; Lavandería; Incinerador; y Almacenamiento final de residuos no peligrosos.

En la segunda planta se encuentran las instalaciones de: Rehabilitación; Consulta de especialistas, Archivo general, Bodegas de Almacén y Área administrativa.

El Hospital vende servicios de primer nivel de atención en consulta externa de medicina general, odontología, rehabilitación, promoción y prevención, laboratorio clínico, imagenología, farmacia, urgencias y hospitalización de baja complejidad; también, servicios de consulta externa especializada de pediatría, ginecobstetricia, cirugía general, oftalmología, optometría y otorrinolaringología.

Cuenta con cafetería y restaurante hospitalario, área de mantenimiento, lavandería y esterilización, además de la zona de alojamiento a los profesionales en servicio social obligatorio. Sus servicios e instalaciones han sido construidos por las administraciones del orden municipal y departamental.

Diariamente, el servicio de consulta externa atiende 120 consultas médicas, 96 odontológicas, 36 de enfermería, 50 órdenes de laboratorio y 20 de imágenes diagnósticas. Atiende 72 pacientes en el servicio de rehabilitación.

Tiene 27 camas para hospitalización (1 cama por cada 1.000 habitantes) y atiende, en promedio, un parto diario. Cuenta con 9 unidades de observación de urgencias y atienden 100 consultas de urgencias diarias.

Actualmente presenta dificultades en la habilitación de algunos servicios de primer nivel; situación que obstaculiza la realización de convenios con el departamento y las ARS. Del segundo nivel tiene, parcialmente habilitados, los

servicios de consulta especializada, rehabilitación y algunos procedimientos especiales, sin embargo, estos servicios no son contratados por las ARS, por las dificultades en la habilitación.

Tabla No.46
AREAS DE SERVICIO DE LA ESE JUAN HERNANDO URREGO

AREA DE SERVICIO	AREA DE SERVICIO		
	HOSPITAL JHU	PS DE CUPIAGUA	PS DE RIO CHIQUITO
CONSULTA EXTERNA			
Consultorio para consulta médica general	4	1	
Consultorio odontológico	3	1	1
Consulta promoción y prevención	2	1	
Área farmacia	1		
Área archivo historias clínicas	1	1	
Área SIAU	1		
Área de facturación y asignación de citas	1	1	
Área de espera	1	1	
Área de servicio de baños	2	4	
Consultorio para vacunación	1	1	
Laboratorio clínico	1		
Área de RX	1		
URGENCIAS			
Área de sala de espera	1		
Área de facturación	1		
Consultorio para consulta médica	2		
Área de nebulizaciones	1		
Sala de curaciones	1	1	
Sala de observación	3		
Sala de procedimientos	1		
Área de servicio de baños	4		
Área de servicio	1		
SALA DE PARTOS			
Área de trabajo de parto	1		
Área de parto	1		
Área de aseo	1		
Área de suministros	1		
Área de lavado de instrumental	1		
Área de vestier	1		
HOSPITALIZACIÓN			
Área de enfermería	1		
Área de trabajo limpio y contaminado	2		
Estar de pediatría	1		
Cuartos hospitalización pediatría	3		
Cuarto incubadora	1		
Cuartos para hospitalización en ginecobstetricia	3		
Cuartos para cirugía	3		
Área de monitoria fetal	1		
Cuarto de procedimientos y toma de electrocardiogramas	1		
Cuartos de aislamiento	1		
Cuartos para medicina general y medicina interna	3		
Área de aseo	1		

AREA DE SERVICIO	AREA DE SERVICIO		
	HOSPITAL JHU	PS DE CUPIAGUA	PS DE RIO CHIQUITO
ADMINISTRACION			
Oficina de gerencia	1		
Área de recepción	1		
Área sala de juntas	1		
Oficina de subgerencia	1		
Oficina de jurídica	1		
Oficina de coordinadores	2		
Área financiera	1		
Oficina de recursos humanos	1		
Oficina de sistemas	1		
Área de servicio	1		
Área de servicio de baños	6		
Área de archivo general	3		
Área de servicio de baños archivo general	3		
ALMACÉN			
Oficina de almacén	1		
Área de bodegas	3		
Área de servicio de baños	4		

Fuente: Información consolidada por la Oficina Control de Calidad del Hospital JHU

El municipio es propietario de 16 Puestos de Salud, los cuales, sus áreas físicas no se encuentran en condiciones necesarias para garantizar la prestación de los servicios; allí se desarrollan actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, a través de Auxiliares de Enfermería que hacen las veces de Promotoras de la Salud, exceptuando el Puesto de Salud de Cupiagua, el cual se encuentra habilitado para prestar algunos servicios básicos de primer nivel. .

De igual manera ocurre con el departamento, quien es propietario de los Puestos de Salud de San José del Bubuy y de San Miguel de Farallones, sus instalaciones no reúnen las condiciones para prestar los servicios a la comunidad.

En el esquema de su red de servicios el hospital se apoya con los Puestos de Salud de Cupiagua y Río Chiquito para prestar servicios de salud de baja complejidad.

Para la atención de mediana y alta complejidad, cuando se requiere, el hospital local Juan Hernando Urrego ESE., se apoya con el hospital de El Yopal ESE., de la capital del departamento, que se halla a 26 kilómetros por vía pavimentada.

Transporte

Para la movilización de los pacientes, se dispone de una (1) ambulancia TAB, con su correspondiente dotación, equipo de reanimación y stock de drogas para las urgencias.

Capacidad instalada de la red privada

Existen tres instituciones prestadoras de servicios de salud privados, que habilitaron el primer nivel de atención: Salud Casanare Ltda., Centro Integral de Salud – CIS y Óptica Salud Visual Aguazul. Hay registrados 14 profesionales independientes.

Sistema de referencia y contrarreferencia

La red de referencia y contra-referencia en el departamento tiene la zona sur: Comprendida por los Hospitales de Aguazul, Tauramena, Monterrey y Villanueva y los Centros de Salud de Sabanalarga, Chámeza y Recetor. Los cuatro hospitales ofrecen primer nivel completo. Chámeza y Recetor refieren sus pacientes para apoyo y complementación de servicios de primer nivel hacia el Hospital de Aguazul y Sabanalarga refiere sus pacientes al primer nivel completo a Villanueva.

La referencia al segundo nivel se hace al Hospital de Yopal E.S.E. en dos ubicaciones diferentes: para servicios ambulatorios y programados, esta empresa

realizará actividades extramurales para la zona sur en el Hospital de Aguazul, el Hospital de Tauramena y el de Villanueva. Se hace una programación que responde a los perfiles epidemiológicos de segundo nivel adonde confluirán los usuarios de toda la zona, para casos urgentes la referencia se hace hacia su sede de Yopal.

Algunos servicios de segundo nivel son atendidos en Duitama o Sogamoso (Boyacá) y los servicios de tercer nivel en Tunja, Villavicencio o Bogotá.

El tiempo de desplazamiento al Hospital es de 10 min para la población urbana y de 60min para la población rural. Hay servicio de ambulancia medicalizada y de comunicación por radio o teléfono. Hay acceso desde todos los centros poblados por vía terrestre durante los 12 meses del año.

La Administración local, también ha hecho esfuerzos encaminados a satisfacer las necesidades del sector salud, destinando los recursos de regalías, por medio de convenios interadministrativos con la ESE Juan Hernando Urrego para la prestación de servicios a la población de los niveles 1 y 2 del Sisben sin capacidad de pago.¹

Capítulo 3. Definición de la Plataforma estratégica

**... que la salud y el bienestar se propaguen
y que todos contribuyamos a ello
cada día de forma creciente**

Visión del plan territorial de salud

Seremos líderes en la implementación de intervenciones integradoras de los programas de promoción de la salud como eje impulsor y transversal de los programas de salud, generando una mejor calidad de vida de individuos, familias, comunidades y población en general, del municipio de Aguazul.

Misión del plan territorial de salud

Establecer políticas saludables, estrategias e intervenciones efectivos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública e identificación de factores de riesgo hacia una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado de la población.

Propósito plan territorial de salud

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a

las expectativas de la población, al tiempo que ofrezcan oportunidades de avance profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

Enfoques del Plan Territorial de Salud

Enfoque poblacional

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

Enfoque de determinantes de la salud

Son determinantes^{9,10} positivos de la salud aquellos que contribuyen a mejorar la calidad de vida de la gente y su bienestar funcional. El objeto de la promoción de la salud es, en primera instancia, favorecerlos.

Son determinantes de peligro aquellos que afectan la salud de la población, modificando la morbilidad y mortalidad en un sentido negativo. El propósito de la promoción de la salud es evitarlos o delimitarlos.

⁹ Victoria Government Health Information. Integrated health promotion: a practice guide for service providers 2003; a practice guide for service providers: (2003) 1-104.

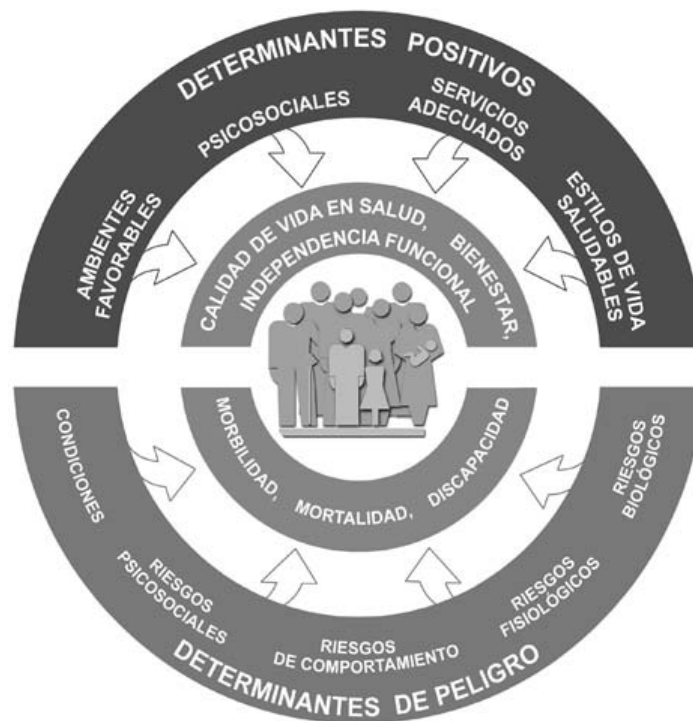
¹⁰ 70. Victoria Government Health Information. Integrated health promotion: resource kit. 2003 june: 1-99.

Actuar sobre ambos determinantes ha demostrado ser efectivo. La efectividad de las intervenciones de promoción de la salud se debe medir considerando cómo han contribuido éstas a modificar los determinantes de la salud.

Para efectuar esta operación es necesario construir un sistema de indicadores. Los indicadores a corto plazo señalan los cambios que sufren los determinantes.

Los indicadores a mediano plazo destacan cómo repercuten esos cambios en la calidad de vida de la gente, su salud, bienestar y capacidad funcional.

Por último, los indicadores a largo plazo señalan modificaciones en el comportamiento de la morbi-mortalidad y en la esperanza de vida de la población (sólo ocasionalmente se registran cambios en morbilidad y mortalidad en corto y mediano plazos).



Enfoque de gestión social del riesgo

El concepto del Manejo Social del Riesgo, incluye tres estrategias relacionadas con la prevención, mitigación y superación de eventos negativos (shocks). Igualmente, abarca tres niveles de formalidad de manejo del riesgo (informal, de mercado y público) y varios actores (personas, hogares, comunidades, Ong's); así como, diversos niveles de gobierno y organizaciones internacionales.

Por tal motivo, la Protección Social se considera como el conjunto de intervenciones públicas para asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza; lo cual permite, identificar a la Protección Social como una red de protección y apoyo a los pobres y visualizarla como una inversión en formación de capital humano.

El concepto de manejo social del riesgo, trasciende la definición de protección social y abarca políticas de manejo del riesgo como proyectos agrícolas que reducen los efectos de una sequía y políticas económicas que reducen los impactos macroeconómicos.

Los principales elementos del marco de manejo social del riesgo son las estrategias, los sistemas y los actores.

Principales fuentes de Riesgo

La capacidad de las personas, hogares o comunidades de manejar los riesgos y el instrumento de manejo adecuado que se aplicará, depende de las características de riesgo: su fuente, correlación, frecuencia e intensidad.

“Las fuentes de riesgo pueden ser naturales (inundaciones) o resultar de la actividad humana (inflación provocada por la política económica); los riesgos

pueden no estar correlacionados (idiosincrásicos) o correlacionados entre los individuos (covariados), en el tiempo (repetidos) o con otros riesgos (acumulados); y pueden tener una frecuencia baja, pero con efectos graves en el bienestar (catastróficos), o alta y con efectos menores en el bienestar (no catastróficos)”¹¹

Principales fuentes de riesgo

	Micro (Idiosincrásico)	Meso	Macro (Covariado)
<i>Salud</i>	Enfermedad Lesiones Discapacidad	Epidemias	
<i>Ciclo Vital</i>	Nacimiento <i>Infancia y Juventud</i> Ancianidad Muerte		
<i>Sociales</i>	Crímenes Violencia intrafamiliar <i>Ruptura Tejido Social</i>	Terrorismo Pandillas	Conmoción civil Guerras Disturbios Sociales
<i>Económicas</i>	Desempleo <i>Desprotección de activos</i>		

Fuente: Adaptado Por Crece 2002 De Holzman Y Jorgensen (2000).¹²

Fuentes de Riesgo que amenazan el bienestar de los hogares:

Para el análisis en Colombia se agruparon las fuentes de riesgo en las siguientes categorías:

¹¹ Cita contextual de Holzmán y Jorgensen (2000); págs 1 a 14.

¹² En negrilla e itálica se resaltan las fuentes de riesgo que fueron incluidas para el análisis del Sistema de Protección Social en Colombia. Con letra de distinto tipo se observan las fuentes de riesgo de tipo meso excluidas del alcance del SPS. CRECE y Ministerio de Salud (2002).

Salud: Conjunto de riesgos para el bienestar de los hogares, como efecto de la presencia de enfermedad, lesión o discapacidad de uno de sus miembros o de epidemia en una zona o comunidad.

Ciclo Vital: Comprende los riesgos para el bienestar de los hogares, como efecto del ciclo vital de los miembros que los conforman: nacimiento, ancianidad e infancia y juventud. Los riesgos asociados a estas etapas de la vida, consisten básicamente en no llegar adecuadamente dotados, física y mentalmente, a la edad productiva.

Sociales: Grupo de riesgos que amenazan el bienestar de los hogares, como consecuencia de la presencia de violencia o de la ruptura del tejido social, que puede llegar a aislar personas u hogares hasta el punto de impedirles el acceso a mecanismos informales de protección.

Económicas: Comprende los riesgos asociados a pérdida o reducción de la capacidad de producción de ingresos, como consecuencia de la desocupación y el subempleo.

Igualmente incluye el riesgo asociado a la incapacidad de formar activos reales, teniendo que recurrir a desahorro de capital humano.

Naturales, ambientales y políticas: Agrupa los riesgos que tienen efectos sobre la capacidad de supervivencia de amplios grupos de hogares.¹³

Manejo Social del Riesgo: alternativas que clasifican las formas de reaccionar cuando se presenta un riesgo

¹³ Centro de Estudios Regionales Económicos y Cafeteros – CRECE y Ministerio de Salud (2002); pág 2 del anexo.

Prevención: Es reducir la probabilidad de ocurrencia de un riesgo de deterioro de una condición a la que se esta adaptado.

Mitigación: Cuando las personas se preparan para reducir el impacto de un riesgo antes que ocurra.

Superación: Se ejecutan acciones para minimizar el impacto de un riesgo cuando se ha producido, sin que signifique un alivio o mejoramiento. La superación hace referencia con la capacidad de adaptación a condiciones adversas con el tiempo

Principios del plan territorial de salud

Universalidad

El Estado garantiza cobertura universal al aseguramiento en salud y propiciará el acceso a los servicios de salud de la población pobre sin capacidad de pago mientras se encuentren de manera transitoria sin un seguro de salud.

Equidad

El Estado garantiza “igual acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, en igualdad de oportunidades e igual calidad en la prestación de los servicios individuales y colectivos de acuerdo a las necesidades de la población, teniendo en cuenta el reconocimiento de las diferencias.

Calidad

El Estado, los particulares y los individuos protegerán la salud pública mediante el desarrollo del sistema obligatorio de garantías de la calidad de bienes, servicios, información y publicidad que ofrecen y prestan a la comunidad hacia la garantía de la calidad de los servicios colectivos y el cuidado en los estilos de vida.

Eficiencia

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y al acceso de los servicios integrales de promoción, protección y restauración con oportunidad, calidad y suficiencia.

Responsabilidad

El Estado, todas las personas naturales y jurídicas deberán asegurar el acceso a los servicios con calidad, oportunidad, eficiencia, equidad. Todos los actores deben asumir sus compromisos y competencias.

Respeto por la diversidad cultural y étnica

El estado garantiza que a las comunidades étnicas, se les respeten sus costumbres, creencias y saberes frente a la promoción, protección y restauración de su salud y la de su comunidad, teniendo corresponsabilidad para que ellas mismas desarrollen sus propios planes y programas de salud de acuerdo a sus usos, entre otros.

Participación social

El estado garantizará los espacios legítimos de participación social para que la comunidad organizada y capacitada pueda acceder a los escenarios de diagnóstico de la salud, diseño de planes de salud, evaluación y rendición de cuentas sobre la ejecución de presupuestos asignados al sector.

Intersectorialidad

Entendida como un trabajo coordinado entre los sectores e instituciones para el control de los determinantes que afectan la salud de la población, con apropiación de recursos: económicos, humanos, físicos y tecnológicos; y no como un mismo trabajo llevado a cabo por diferentes instituciones de cada sector.

Lineamientos de política

Las políticas del plan tienen como objeto generar condiciones de salud y bienestar para toda la población. Estas son, promoción de la salud y calidad de vida, protección de los riesgos para la salud de la población, recuperación de los daños en salud y gestión integral de competencias y funciones en salud pública.

Al interior de cada una de ellas se desarrollan las estrategias propuestas bajo los enfoques que adopta el plan, logrando de esta forma alcanzar las metas definidas para el año 2010.

Estas líneas de políticas exigen una articulación efectiva de esfuerzos entre los diferentes sectores ya actores presentes: municipio, Departamento, entidades promotoras de Salud – EPS (contributivo y subsidiados), las administradoras de riesgos profesionales, los prestadores de servicios de salud IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud y las entidades de cooperación técnica internacional.

Permitiendo articular el **Sistema de protección Social**, logrando las metas y reducir las brechas en salud.

Promoción de la salud y calidad de vida

Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades del Estado y todas las personas naturales y jurídicas del territorio nacional, departamental, distrital y municipal que buscan facilitar los medios y mecanismos para que las personas e individuos transformen los comportamientos individuales y grupales y las condiciones del entorno y de los servicios que afectan la salud y calidad de vida. Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social.

El objetivo es fomentar las capacidades humanas y generar en las comunidades e individuos las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad y a exigir a las autoridades responsabilidad para la mejoría de las condiciones del entorno a fin de facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud con calidad de vida”.

Prevención de los riesgos

Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades del Estado y todas las personas naturales y jurídicas del territorio nacional, departamental, distrital y municipal que buscan proteger a la población e individuos frente a los riesgos y amenazas prevenibles para la salud, mediante el desarrollo de estrategias, actividades, procedimientos e intervenciones de

prevención y control.

El objetivo de esta línea es minimizar la pérdida de bienestar, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño a “niveles de riesgo aceptable socialmente”, mediante intervenciones preventivas que son compartidas entre el Estado, la comunidad y las aseguradoras y, los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea garantizará de manera integral la protección individual y familiar por ciclo vital y para los grupos de enfermedades incluidas en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo, subsidiado, clasificados como: Grupo I (enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales, y carencias nutricionales); Grupo II (enfermedades no transmisibles) y Grupo III (lesiones de causa externa y violencia)¹⁴, mediante el desarrollo de acciones en todos los niveles de atención de: promoción de la salud, detección temprana, protección específica de los factores de riesgo individuales y familiares que incidan sobre los determinantes (biológicos y del comportamiento) y atención en salud (sin barreras y prestación con calidad) y la atención de urgencias y emergencias y desastres.

Recuperación y superación de los daños en salud

Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades definidos en el plan obligatorio de salud que buscan recuperar la salud y superar los daños ocurridos en las poblaciones e individuos, mediante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las lesiones y secuelas causadas por las enfermedades y traumatismos y el acceso a redes de protección.

¹⁴ OMS. Código de Clasificación Internacional Enfermedades- CIE X.

Involucra acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para recuperar la salud y superar los daños en todos los niveles de complejidad. Expresan la necesidad de fortalecer las intervenciones de promoción en salud y prevención primaria y exigen la corresponsabilidad en el manejo del daño entre el usuario y el Estado en la entidad promotora de salud del régimen contributivo, subsidiado y regímenes especiales.

Esta política demanda de la autoridad sanitaria y de los particulares una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia de los servicios de salud y satisfacción de los usuarios.

Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

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

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

Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de

observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud - INS.

La generación de conocimiento estará apoyada en el sistema de información de salud y en la investigación, procesos fundamentales en el Plan Nacional de Salud Pública, y tiene como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes.

La evaluación de resultados tiene como objetivo monitorear el grado de apropiación, ejecución y mejoramiento continuo de las políticas sectoriales y extrasectoriales definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y su impacto en la salud individual y colectiva. Incluye la verificación de cumplimiento de los indicadores de gestión, los resultados y los recursos programados, conforme a lo establecido en el sistema de evaluación que el Ministerio de la Protección Social define en cumplimiento del Artículo 2 de la Ley 1122 de 2007.

Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública y cumplimiento de los Objetivos del Milenio para salud

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

Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

Estrategias para la implementación de políticas en salud

Estrategias de Promoción de la salud y calidad de vida

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

Estrategias de Prevención de los riesgos

- a) Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios.

- b) Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- c) Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia.
- d) Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.
- e) Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.
- f) Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción.
- g) Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción.
- h) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud, en su jurisdicción.

Estrategias de Recuperación y superación de los daños en salud

(Ver Decreto 3039 de 2007, los apartes de estrategias a Cargo de los Entes Territoriales)

- a) Del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado, en su jurisdicción.
- b) Prestación de servicios de salud a la pobre, no asegurada, en lo establecido en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo.

- c) Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- d) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.
- e) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción.
- f) Desarrollo de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia, en su jurisdicción.
- g) Desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral, en su jurisdicción.
- h) Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.

Estrategias de Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a) Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción.
- b) Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción.
- c) Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.
- d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción.
- e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción.

- f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción.

Estrategias de Gestión integral para el desarrollo del Plan

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

Prioridades y metas municipales

Aseguramiento

Tabla No.47
Metas Municipales de Aseguramiento

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Cobertura de Afiliación al SGSSS de población	Cobertura de Afiliación al SGSSS de población clasificada en niveles I y II del SISBEN	97,60%	100%
	Cobertura de Afiliación al SGSSS de población clasificada en nivel III del SISBEN	0%	25%

Prestación y desarrollo de los servicios de salud

Tabla No.48
Metas Municipales de Prestación de servicios de Salud

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
IPS pública del municipio habilitada de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	IPS pública del municipio habilitada de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	1	1

Salud pública

SALUD INFANTIL

Tabla No.49
Metas Municipales de Salud Infantil

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Tasa de Mortalidad	Tasa de Mortalidad infantil	3,53%	2%
	Tasa de Mortalidad menores de 1 a 4 años	0	Menos de un caso anual
Coberturas de Vacunación	Cobertura en niños y niñas menores de un año con todos los biológicos del PAI	85%	95%

SALUD MENTAL

Tabla No.50
Metas Municipales de Salud Mental

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
PLAN DE SALUD MENTAL	Plan Municipal de Salud Mental y de sustancias Psicoactivas	0%	100%

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tabla No.51
Metas Municipales de Salud Sexual y Reproductiva

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Tasa de Mortalidad	Tasa de Mortalidad Materna	1	Menos de Un caso anual
	Tasa de Mortalidad Perinatal	6.37*1.000	4*1.000
Fecundidad Global		No existe	2,9
Embarazo en adolescentes	Proporcion de embarazos en mujeres menores de 19 años	No existe	25%
Mortalidad por cáncer de Cuello Uterino	Tasa de Mortalidad por cáncer de cuello uterino	No existe	Menos de Un caso anual
Prevalencia de VIH	Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años	No existe	0,30%

SALUD NUTRICIONAL

Tabla No.52
Metas Municipales de Salud Nutricional

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Desnutrición global menores de 5 años	Porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años	10,6%	10%
Lactancia Materna	Mediana de duración de la lactancia materna exclusiva	3,2	4,2
Desnutrición aguda en menores de 5 años	Porcentaje de desnutrición aguda en menores de 5 años	7,4%	7,0%

SALUD ORAL

Tabla No.53
Metas Municipales de Salud Oral

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Indice COP	Indice de COP (cariado, opturado y perdido)	No existe	Un punto
Dentadura Permanente	Promedio población con dientes permanentes	No existe	60%

ENFERMEDADES CRÒNICAS NO TRANSMISIBLES

Tabla No.54
Metas Municipales Enfermedades Crónicas no Trasmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Actividad Física	Prevalencia de actividad física en adolescentes	No existe	26%
	Prevalencia de actividad física en adultos	No existe	42.6%
Consumo de cigarrillo	Edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo en población mayor de 18 años	No existe	12.7 años
Prevalencia de limitaciones evitables		No existe	POR ESTABLECER

ENFERMEDADES CRÒNICAS NO TRANSMISIBLES

Tabla No.55
Metas Municipales Enfermedades Trasmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Tuberculosis	Porcentaje de captaci3n de Sintomáticos Respiratorios	84.6%	90%
	Tasa de curaci3n de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva	80%	90%
Lepra	Prevalencia de Lepra	1	Menos de un caso anual
Rabia	Casos de Rabia por caninos	0	0
Malaria	Casos de Muerte por Malaria	0 casos	Mantener la mortalidad por malaria en 0 casos
Dengue	Casos de mortalidad por Dengue	1	Menos de un caso anual
Chagas	tasa de incidencia por transmisi3n vectorial de Chagas en <5 aÑos.	No existe	25%

GESTION INTEGRAL DEL PLAN DE SALUD PÙBLICA

Tabla No.56
Metas Municipales Gesti3n Integral del Plan de Salud Pùblica

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
GESTION INTEGRAL DEL PLAN DE SALUD PÙBLICA	Consejo de Seguridad Social en Salud articulado y operando	1	1
	Plan Territorial de salud evaluado	0	1

Promoción social

Tabla No.57
Metas Municipales de Promoción Social

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Atención en Salud a la población de grupos vulnerables	Cobertura de atención de Salud a Población de grupos vulnerables	Sin definir	100%

Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales

Tabla No.58
Metas Municipales de Prevención, Vigilancia y Control de los Riesgos Profesionales

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Mortalidad por enfermedad profesional	Tasa de mortalidad por enfermedad profesional	POR DEFINIR	POR DEFINIR
Accidentes ocupacionales	Tasa de accidentes ocupacionales	POR DEFINIR	POR DEFINIR

Emergencias y desastres

Tabla No.59
Metas Municipales de Emergencias y desastres

NOMBRE DEL INDICADOR		LINEA BASE MUNICIPAL	META MUNICIPAL 4 AÑOS
Atención oportuna a las emergencias y desastres en el municipio	Emergencias y desastres atendidos	1	100%

Proyecto 2. Fortalecimiento de la Red Hospitalaria

OBJETIVO. Fortalecimiento de la ESE pública Hospital Juan Hernando Urrego mediante la construcción y dotación de una nueva sede acorde con la normatividad vigente de Sistema de Garantía de la Calidad y el perfil epidemiológico.

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	IPS pública del municipio habilitada de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	IPS publica habilitadas y certificada	1	1	2.1	Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de Salud	Habilitación de 5 centros de Salud Rurales	Centros de Salud Habilitados y operando	5	0	1	2	2
					2.2	Mejoramiento de la calidad de atención en salud	Habilitación de 5 servicios especializados de 2do Nivel en el HJHU	Servicios especializados de 2do nivel habilitados y operando	5	0	1	3	2
					2.3	Mejoramiento de la eficiencia de la prestación de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas	Construcción, dotación y habilitación de nueva sede del HJHU ESE, de acuerdo con la normatividad vigente	IPS pública con infraestructura adecuada	1	0	0	0	1

Proyecto 3. Acciones en Salud Pública

OBJETIVO. Desarrollar acciones de promoción de estilos de vida saludable y prevención de los riesgos en salud mediante el desarrollo de acciones individuales y colectivas a cargo del municipio

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
SALUD PUBLICA	SALUD INFANTIL												
	Reducir a 2 por 1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de un año	Tasa de Mortalidad Infantil	3,53	2	3.1	Promoción de la Salud y la calidad de vida	Promoción de las normas técnicas de atención de la Resolución 412 de crecimiento y desarrollo en las IPS públicas y privadas	Capacitación anual	4	1	1	1	1
							AIEPI comunitario implementado y operando en el área urbana y rural del municipio	No. barrios y veredas con AIEPI comunitario implementado	85 barrios y veredas del municipio con AIEPI comunitario	21	42	68	85
							AIEPI Clínico implementado y operando en la IPS pública del municipio	IPS pública con AIEPI clínico implementado	1	0	1	1	1
Construcción de la red social de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud infantil							Red social de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la Salud Infantil implementado	1	0	1	1	1	

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad						
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11			
SALUD PUBLICA	SALUD INFANTIL															
	Mantener por debajo de 1 caso anual x 1000 el número de defunciones en niños de 1 a 4 años	Tasa de Mortalidad niños de 1 a 4 años	0	Menos de un caso anual	3.2	Prevención de los riesgos	Canalización y remisión oportuna de gestantes para el programa madre canguro	Porcentaje de gestantes en riesgo canalizadas	100%	100%	100%	100%	100%			
							Implementación de sala ERA en la IPS pública	IPS pública con sala ERA implementada	1	0	1	1	1			
							Implementación de UROC's y UAIRAC's en el área rural	UROC's y UAIRAC's rurales implementados	58	15	31	46	58			
						3.3	Recuperación y superación de los daños en Salud	y Promoción y Prevención en Salud Infantil adecuados en 100%	Servicios de Promoción y Prevención adecuados	Servicios de Promoción y Prevención adecuados	100%	100%	100%	100%	100%	
									3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Vigilancia Epidemiológica de las anomalías congénitas y de la mortalidad Infantil	Sistema de Vigilancia SIMGILA implementado y operando	1	1	1	1

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11	
SALUD PUBLICA	95% de cobertura en niños y niñas menores de un año con todos los biológicos del PAI	Cobertura de Vacunación	85%	95%	3.1	Promoción de la Salud y de la Calidad de Vida	Estrategia de Vacunación sin barreras implementada en las IPS públicas y privadas con servicios de	Jornadas de Vacunación	48	12	12	12	12	
						3.2	Prevención de los riesgos	Ejecución de 4 Monitoreos rápidos de coberturas de vacunación anuales	Monitoreos rápidos de cobertura implementados	16	4	4	4	4
								Fortalecimiento de la Red de Frio del PAI	Red de Frio PAI de acuerdo con los requerimientos de normatividad vigente	1	1	1	1	1
						3.3	Recuperación y superación de los daños en Salud	Introducción de biológicos de Varicela y Hepatitis A para brotes	Biológicos incluidos dentro del programa Regular	2	2	2	2	2
						3.4	Vigilancia y Gestión del Conocimiento	Jornadas anuales de actualización en Lineamientos del Programa PAI	Jornadas de Actualización	4	1	1	1	1
								Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1	1	1

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA													
SALUD PUBLICA	Mantener en menos de 1 caso anual x 1000 nacidos vivos el número de defunciones maternas	Tasa de Mortalidad Materna	1	Menos de un caso anual	3.1	Promoción de la Salud y la Calidad de Vida	Promoción de la campaña de asesoría y prueba voluntaria para VIH de la gestante	Campaña de asesoría y prueba voluntaria para VIH de la gestante implementada	4	1	1	1	1
						3.2	Prevención de los riesgos	Captación del 80% de las gestantes en el primer trimestre del embarazo	Gestantes captadas durante el primer trimestre del embarazo	80%	80%	80%	80%
					Cobertura de atención institucional de parto por encima de 98%			Parto Institucional	98%	98%	98%	98%	98%
					Diagnostico Temprano , tratamiento oportuno y seguimiento de Sifilis Gestacional en el 100 % de las Gestantes que			Diagnostico temprano SIFILIS GESTACIONAL	100%	100%	100%	100%	100%
					Servicios de Promocion y Prevencion para gestantes y recién nacidos adecuados en 100%	Servicios de Promocion y Prevencion adecuados	100%	100%	100%	100%	100%		

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11	
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA														
SALUD PUBLICA	Reducir la tasa de Mortalidad Perinatal a 4 casos x 1000 nacidos vivos	Tasa de Mortalidad Perinatal	6,37	4	3.3	Recuperación y superación de los daños en Salud	Identificación y capacitación de parteras	Parteras Capacitadas	100%	100%	100%	100%	100%	
						3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Capacitación de recurso humano en las normas técnicas de atención de parto, recién nacido, control prenatal y atención de las complicaciones del embarazo anual	Capacitaciones en normas técnicas de atención de la gestante y el recién nacido	4	1	1	1	1
							Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna, Perinatal, la Sífilis Congenita, VIH y Hepatitis B	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1	1	1	
	Reducir y mantener por debajo de 2,9 hijos la fecundidad global en mujeres de 15 a 49 años	Fecundidad Global	NO EXISTE	2,9	3.1	Promoción de la Salud y la Calidad de Vida	Programa de promoción de los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva	Programa de Promoción de los derechos y deberes implementado	3	0	1	1	1	
							Implementación de la red social de apoyo en Salud Sexual y Reproductiva	Red Social de Apoyo Implementada	1	0	1	1	1	
							Articulación con de programas de promoción en SSR con los del PEI de las instituciones educativas de bachillerato	Programas articulados PEI	100%	20%	50%	70%	100%	

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
SALUD PUBLICA	SALUD ORAL												
	Reducir en un punto el índice COP promedio a los 12 años de edad	Índice COP	NO EXISTE	Un punto	3.1	Promoción de la Salud y de la Calidad de Vida	Implementación de Programa de Promoción de hábitos higienicos en Salud Bucal	Programa de Promoción de hábitos higienicos en Salud Bucal	1	0	1	1	1
	Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años	Promedio poblacion con dientes permanentes	NO EXISTE	60%									
	SALUD MENTAL												
	Adoptar el Plan Municipal de Salud Mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas	Plan Municipal de Salud Mental y de sustancias Psicoactivas	0%	100%	3.1	Promoción de la Salud y de la Calidad de vida	Construcción de la red social para el desarrollo de las actividades de promoción de la política de Salud Mental y prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas	Red social de apoyo en Salud Mental implementado	1	0	1	1	1
							Tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria	Tamizaje de Salud Mental	1	0	1	1	1
							Implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Estrategia de Atención Primaria en Salud Mental	1	0	0	1	1
							Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Vigilancia Epidemiologica de los eventos de Salud Mental	Sistema de Vigilancia en Salud Mental implementado y operando	1	1	1	1

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
NUTRICION													
SALUD PÚBLICA	Reducir a 10% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años	Porcentaje de desnutrición global	10,6%	10%	3.1	Promoción de la Salud y de la Calidad de vida	Desarrollar y evaluar estrategias de información, educación, comunicación (IEC) y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna.	Numero de estrategias IEC desarrolladas	17	2	7	12	17
					3.2	Prevención de los riesgos	Implementación del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN para escolares	SISVAN para escolares implementado	1	0	1	1	1
							Implementación del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN para menores de 10 años	SISVAN para menores de 10 años implementado	1	1	1	1	1
					3.3	Recuperación y superación de los daños en Salud	Desarrollar estrategias entre las Aseguradoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según ciclo vital (institucional y comunitario).	IPS públicas y privadas que desarrollan las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según ciclo vital (institucional y comunitario).	4	0	1	2	4

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
SALUD PUBLICA	NUTRICION												
	Reducir a 7% el porcentaje de desnutrición aguda en niños menores de 5 años	Porcentaje de desnutrición aguda	7,4%	7%	3.3	Recuperacion y superación de los daños en Salud	Programa de complementación y/o suplementación nutricional a grupos de alta vulnerabilidad	Numero de Programas de complementacion y/o suplementacion nutricional ejecutados	4	1	2	3	4
							Programa de complementación y seguimiento a las gestantes y madres en periodos de lactancia exclusiva.	Numero de Programas de complementacion y seguimiento a las gestantes ejecutados	4	1	2	3	4
							Formulación y seguimiento de la política y del plan Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional	Numero de Políticas y Planes Municipales de Seguridad Alimentaria y Nutricional implementados	2	0	2	2	2
	Incrementar en un mes la mediana de duración de la Lactancia Materna Exclusiva	Mediana de duración de Lactancia Materna	3,2	4,2	3.1	Promocion de la Salud y de la Calidad de Vida	Promoción comunitaria de la lactancia materna exclusiva hasta los (6) seis meses y alimentación complementaria adecuada hasta los (2) dos años de vida	Porcentaje de lideres comunitarios en salud capacitados en lactancia materna y guías alimentarias	80%	20%	50%	70%	80%
Certificar la IPS pública de municipio en la estrategia IAMI							IPS pública certificada en IAMI	1	0	1	1	1	

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11	
SALUD PUBLICA	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES													
	Aumentar al 90% la detección de los casos de Tuberculosis en el municipio	Porcentaje de captación de Sintomáticos Respiratorios	84,6%	90%	3.1	Promoción de la Salud y la calidad de vida	Implementación de estrategia de participación comunitaria a través de los COVECOM en áreas de riesgo	Estrategia de Participación Comunitaria Implementada	1	1	1	1	1	
							Implementación de estrategias IEC para identificación temprana de casos	Campaña IEC	4	1	1	1	1	
						3.2	Prevención de los riesgos	Gestión de insumos críticos de Tuberculosis	Disponibilidad permanente de insumos críticos	100%	100%	100%	100%	100%
								Busqueda activa institucional y comunitaria de Sintomáticos respiratorios	Busquedas anuales implementadas	14	2	4	4	4
	Aumentar al 90% el porcentaje de curación de los casos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva	Porcentaje de curación	80%	90%	3.3	Recuperación y superación de los daños en Salud	Implementación del Plan Estratégico Casanare Libre de Tuberculosis	Plan Estratégico Implementado	1	1	1	1	1	
							Fortalecimiento de estrategia "tratamiento acortado supervisado DOTS/TAS"	Estrategia DOTS/TAS operando	100%	100%	100%	100%	100%	
						3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Seguimiento de cohorte de pacientes con tratamiento terminado anualmente	No. pacientes con tratamiento terminado y seguimiento anual	100%	100%	100%	100%	100%
								Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1	1	1

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
SALUD PUBLICA	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES												
	Mantener en menos de 1 caso x 10000 hab la prevalencia de Lepra	Prevalencia de Lepra	1	Menos de un caso anual	3.1	Promoción de la Salud y la calidad de vida	Implementación de estrategias IEC para identificación temprana de casos	Campaña IEC	4	1	1	1	1
					3.2	Prevención de los riesgos	Busqueda activa institucional y comunitaria de Sintomaticos de piel y sistema nervioso periférico	Busquedas anuales implementadas	14	2	4	4	4
					3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Vigilancia Epidemiológica de la Lepra	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1	1	1
	Mantener en 0 el número de casos de Rabia Humana	No. De casos	0	0	3.1	Promoción de la Salud y la calidad de vida	Implementación de estrategias IEC para prevención de casos	Campaña IEC	4	1	1	1	1
					3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Vigilancia Epidemiológica de la Rabia Humana	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1	1	1
	Mantener en 0 el número de casos de Malaria	No. De casos	0	0	3.1	Promoción de la Salud y la calidad de vida	Implementación de estrategias IEC para prevención de casos	Campaña IEC	4	1	1	1	1
					3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Vigilancia Epidemiológica de la Malaria	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1	1	1
	Mantener la mortalidad por dengue en menos de 1 caso por 10.000 hab anual	No. De casos	1	Menos de un caso anual	3.1	Promoción de la Salud y de la Calidad de Vida	Fortalecimiento de la estrategia comunitaria de COVECOM	Estrategia de Participación Comunitaria Implementada	1	1	1	1	1
							Implementación de estrategias de IEC para promoción de acciones comunitarias de control del vector	Estrategias IEC	4	1	1	1	1
					3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Vigilancia Epidemiológica de Dengue	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1	1	1
	Capacitación anual del recurso humano de las IPS en protocolos y normas técnicas de atención de dengue	Capacitación anual	4	1			1	1	1				

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad				
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11	
SALUD PUBLICA	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES													
	Reducir en 25% la tasa de incidencia por transmisión vectorial de Chagas en <5 años.	Tasa de Incidencia	NO EXISTE	25%	3.1	Promocion de la Salud y de la Calidad de Vida	Fortalecimiento de la estrategia comunitaria de COVECOM en areas rurales con presencia del vector	Estrategia de Participacion Comunitaria Implementada	1	1	1	1	1	
							Implementacion de estrategias de IEC para promocion de acciones comunitarias de control del vector	Estrategias IEC	4	1	1	1	1	
							Implementación de la estrategia de Entornos saludables en el área rural del municipio	Estrategia de Entornos Saludables	1	1	1	1	1	
						3.2	Prevencion de los riesgos y superacion de los daños en salud	Garantizar tratamiento, seguimiento y control al 100% de los casos con criterio dx	Tratamiento etiologico de Chagas	1	1	1	1	1
								3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Vigilancia Epidemiologica de Chagas	Sistema de Vigilancia SIVIGILA implementado y operando	1	1	1
						Capacitación anual del recurso humano de las IPS en protocolos y normas técnicas de atencion de la enfermedad de Chagas	Capacitacion anual			4	1	1	1	1

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
SALUD PUBLICA	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (CRÓNICAS)												
	Aumentar en 26% la prevalencia de la actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años	Prevalencia de actividad física en adolescentes	NO EXISTE	26%	3.1	Promoción de la Salud y la calidad de vida	Promoción de la actividad física en coordinación con IDRA	actividades IEC implementadas	3	0	1	1	1
					3.2	Prevención de los riesgos	Canalización de los adolescentes a los servicios de Prevención y Promoción en Salud	Porcentaje de cumplimiento de metas Promoción y Prevención	50%	50%	50%	50%	50%
					3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Capacitación anual del recurso humano de las IPS en protocolos y normas técnicas de atención de población de 10 a 29 años	Capacitación anual	4	1	1	1	1
	Aumentar en 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años	Prevalencia de actividad física en adultos	NO EXISTE	42,6%	3.1	Promoción de la Salud y la calidad de vida	Promoción de la actividad física en coordinación con IDRA	actividades IEC implementadas	3	0	1	1	1
					3.2	Prevención de los riesgos y superación de los daños en salud	Canalización de los adultos a los servicios de Promoción y Prevención en Salud	Porcentaje de cumplimiento de metas Promoción y Prevención	50%	50%	50%	50%	50%

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (CRÓNICAS)													
SALUD PUBLICA	Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillo en población menor de 18 años	Edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo	NO EXISTE	12,7 años	3.1	Promoción de la Salud y de la Calidad de Vida	Implementación de la estrategia de Instituciones libres de Humo	Estrategia Implementada	1	1	1	1	1
					3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Establecer línea de base de inicio de consumo del cigarrillo y sustancias psicoactivas	Línea de base	1	0	1	1	1
	Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables	Prevalencia de limitaciones evitables	NO EXISTE	POR ESTABLECER	3.1	Acciones de promoción y calidad de vida	Implementación del Plan de Acción Departamental de enfermedades crónicas no transmisibles	Plan de Acción	1	0	1	1	1
							Implementación del Sistema de Vigilancia de los factores de Riesgo	Sistema de Vigilancia	1	0	1	1	1

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
SALUD PÚBLICA	GESTION INTEGRAL DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA												
	Articulación de los sectores sociales en la ejecución del PST	Consejo de Seguridad Social en Salud articulado y operando	1	1	3.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	Fortalecimiento del Consejo de Seguridad Social en Salud	Consejo de Seguridad Social en Salud	1	1	1	1	1
							Conformación de veedurías ciudadanas	Veedurías Ciudadanas	1	1	1	1	1
Evaluación y monitoreo del Plan Territorial de Salud	Plan Territorial de salud evaluado	0	1	Implementación de evaluación por resultados			Evaluación por resultados	4	1	1	1	1	

Proyecto 4. Aguazul rompiendo barreras con equidad

OBJETIVO. Garantizar la atención en Salud a la población pobre y vulnerable del municipio de Aguazul a través de las acciones individuales y colectivas de Salud Pública y la atención en salud dentro SGSSS

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
PROMOCION SOCIAL	Atención en Salud al 100% de la población de grupos vulnerables	Cobertura de atención de Salud a Población de grupos vulnerables	SIN DEFINIR	100%	4.1	Acciones de promoción de la Salud, prevención de los riesgos y atención de las poblaciones especiales	100% de población de grupos vulnerables afiliadas al SGSSS	Cobertura de afiliación al SGSSS	100%	100%	100%	100%	100%
						Inclusión de población vulnerable en el desarrollo de los programas de Salud Pública	Población vulnerable incluida en Programas de Salud Pública	100%	100%	100%	100%	100%	
						Implementar al 100% la ley de Infancia y adolescencia	Ley de infancia y adolescencia implementada	100%	100%	100%	100%	100%	
						Acciones de Salud "Red de Superación de la Pobreza Extrema-Red Juntos"	Implementación de acciones intersectoriales de salud en la red	Acciones intersectoriales de salud implementadas	100%	100%	100%	100%	100%
4.3	Acciones educativas de carácter no formal en diferentes aspectos de la promoción social	Capacitación en normatividad en salud a grupos y/o asociaciones comunitarias	Capacitaciones en participación comunitaria	4	1	1	1	1					

Proyecto 5. Riesgos Profesionales

OBJETIVO. Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en entornos laborales en el municipio de Aguazul

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTRA RIESGOS PROFESIONALES	Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional	Tasa de mortalidad por enfermedad profesional	POR ESTABLECER	POR ESTABLECER	5.1	Acciones de Promoción de la Salud	Programa de Promoción de la afiliación al SGSSS en población laboralmente activa en coordinación con EPS y ARP	Programa Implementado	1	0	1	1	1
	Reducir la tasa de accidentes ocupacionales	Tasa de accidentes ocupacionales	POR ESTABLECER	POR ESTABLECER			Implementación de la estrategia de entornos saludables en los espacios laborales	Estrategia Implementada	1	1	1	1	1

Proyecto 5. Prevención y Atención de desastres

OBJETIVO. Contribuir mediante acciones de salud pública, ante la presencia de eventos catastróficos en el municipio de Aguazul

Nombre del Eje Programático	Metas de Resultado Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Resultado Cuatrienio			Código del Área	Área Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Indicador	Valor Actual (Línea de base)	Valor esperado al 4 año				Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
EMERGENCIAS Y DESASTRES	Atención oportuna al 100% de las emergencias y desastres en el municipio	Emergencias y desastres atendidos	1	100%	6.1	Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres	Elaboración y adopción del Mapa de Riesgo Municipal	Mapa de Riesgo Municipal	1	1	1	1	1
					6.2	Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres	Elaboración del Plan Municipal de prevención y atención de desastres implementado	Plan Municipal de prevención y atención de desastres	1	1	1	1	1
					6.3	Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres	Implementación de Plan de Emergencias en la IPS con servicios de urgencias	Plan Hospitalario de emergencias implementado	1	1	1	1	1
						Gestión de insumos críticos necesarios	Disponibilidad permanente de insumos críticos	100%	100%	100%	100%	100%	

