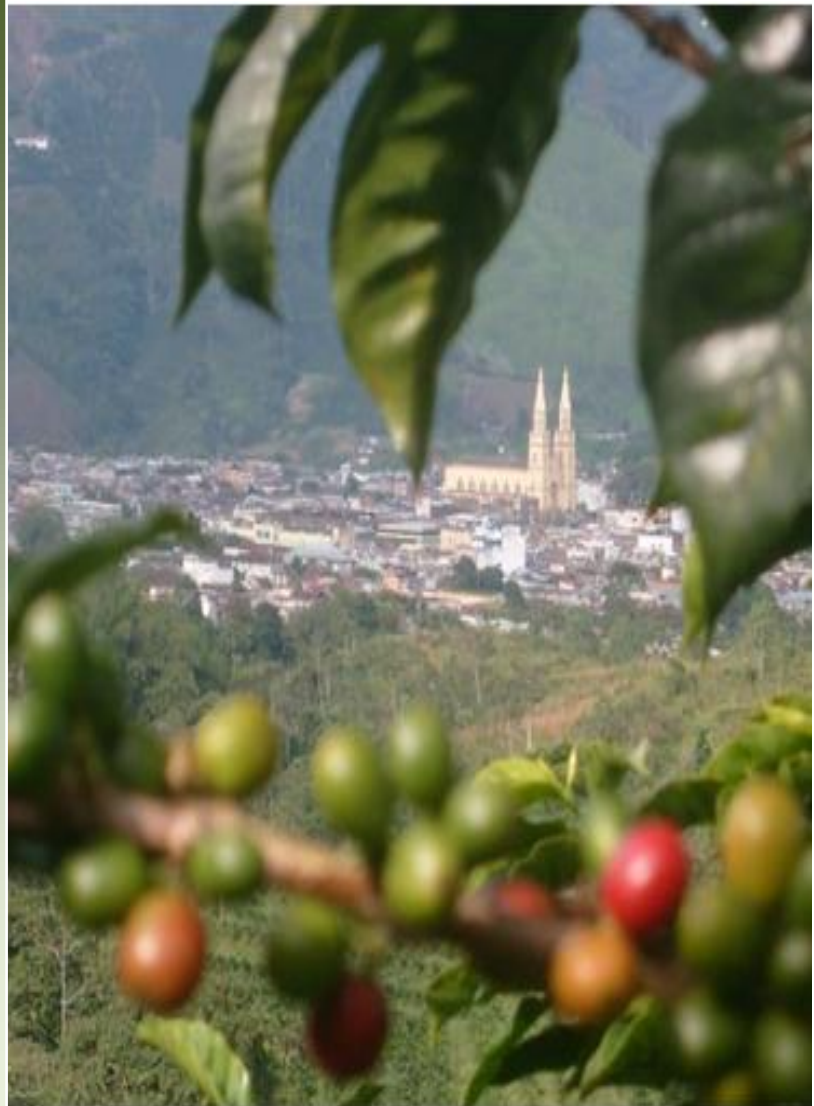


# PLAN DE SALUD TERRITORIAL MUNICIPIO DEL LIBANO TOLIMA



# **PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

## **2012 – 2015**

### **“UNIDOS POR LA PROSPERIDAD DEL LIBANO”**



Presentado por:

**JESUS ANTONIO GIRALDO VEGA**  
*ALCALDE DEL LIBANO*

**Elaborado y preparado:**

**CARLOS FELIPE MORENO CASTAÑO**  
*COORDINADOR GRUPO SALUD*

**PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

**2012 – 2015**

**JESUS ANTONIO GIRALDO VEGA**  
*ALCALDE DEL LIBANO*

**HEIDER MAURICIO SALINAS PAEZ**  
*SECRETARIO PLANEACION MUNICIPAL*

**CARLOS FELIPE MORENO CASTAÑO**  
*COORDINADOR GRUPO SALUD*

**IRAMA DE JESUS GOMEZ LUBO**  
GERENTE HOSPITAL REGIONAL

**DIEGO FERNANDO PADILLA**  
COORDINADOR DE CALIDAD  
HOSPITAL REGIONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA  
MUNICIPIO DEL LIBANO

**DECRETO No. 097**  
(Septiembre 11 de 2012)

**POR EL CUAL SE ADOPTA EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL  
MUNICIPIO DEL LIBANO - TOLIMA**

**EL ALCALDE MUNICIPAL DEL LIBANO**

En uso de sus atribuciones Constitucionales en especial las que le confiere el Artículo 313 de la Constitución Política, y el Decreto 3039 de 2007 y

**CONSIDERANDO**

atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a

curar el cuidado

Que La Constitución Política de Colombia de 1991, determina en su artículo

población son finalidades sociales del  
fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de  
salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Que el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 establece la Intervención del  
Estado en el servicio público de seguridad social en salud; cuya intervención  
buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

- a) Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia.
- b) Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.
- c) Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social en salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;
- d) Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la ley.
- e) Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
- f) Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes.
- g) Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de seguridad social en salud, como parte fundamental del gasto público social.

Que el Decreto 3039 de 2007 define el Plan Territorial de Salud Pública que enmarca las acciones de responsabilidad de los Departamentos y para la elaboración, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

Que la existencia de la correspondencia entre la estructura orgánica de la Dirección Local de Salud y las competencias que por la Ley 715 de 2001, artículo 44, debe asumir el municipio, es necesario que se incorpore el Plan

de Salud Territorial de Salud a los planes estratégicos de desarrollo municipal

Que la Resolución 425 de 2008 establece la metodología y los lineamientos para la elaboración, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y el Plan de Salud Territorial y el Plan de Salud Público de Intervenciones Colectivas.

Que el Plan Territorial de Salud está basado en los lineamientos y directrices que a través de la Secretaría de Salud del Tolima, ha orientado durante varias jornadas de capacitación a los Municipios del Departamento.

Que el objetivo fundamental del Plan de Salud Territorial es mejorar el estado de salud de los habitantes del municipio del Líbano, tanto en la parte rural como urbana, enfocando los esfuerzos en todos los ciclos de vida como son primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adulto y adulto mayor.

Que el Gobierno Nacional estableció el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 mediante la Ley 1450 de Junio de 2011 y el Plan Nacional de Salud Pública mediante el Decreto 3039 de 2007.

Que el Título III del artículo 7 de la resolución 0425 de febrero 11 de 2008 establece los lineamientos para la aprobación y socialización del Plan de Salud Territorial y su incorporación al Plan de Desarrollo Municipal, estableciendo que el Plan de Salud Territorial y el Proyecto de Inversión Plurianual, serán incorporados al Plan de Desarrollo Territorial y su aprobación se efectuará conforme a lo establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994.

Que el 30 de Abril de 2012, el Municipio del Líbano presento al Honorable Concejo Municipal del Líbano el proyecto de Acuerdo por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Municipal del Líbano 2012-2015, donde se encontraba inmerso el Plan de Salud Territorial del municipio del Líbano.

Que a la par de la discusión del Plan de Desarrollo, se socializó el Plan de Salud Territorial ante el Honorable Concejo Municipal, en las sesiones correspondientes, tal como consta en actas de las mismas sesiones.

Que el día 30 de mayo de 2012, después de transcurridos 30 días de estudio del Plan de Desarrollo, no hubo pronunciamiento del Honorable Concejo Municipal, conforme al artículo 40 de la Ley 152 de 1994 y la Ley 136 de 1994, le competía al Alcalde aprobarlo por Decreto.

Que mediante Decreto 064 de junio 8 de 2012 se adopta el Plan de Desarrollo Económico Social para el municipio del Líbano 2012 2015

Que al no haber pronunciamiento del Concejo Municipal del Líbano sobre el Plan de Desarrollo Municipal 2012 2015, de igual manera quedó en el limbo en Plan de Salud Territorial del municipio 2012 2015.

Que se hace necesario adoptar el Plan de Salud Territorial por Decreto al no haber pronunciamiento por parte del honorable Concejo Municipal, asumiendo el mismo criterio tomado para el Plan de Desarrollo de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 de la Ley 152 de 1994.

Por los motivos anteriormente expuestos,

### **DECRETA**

**ARTÍCULO PRIMERO: ÁMBITO DE APLICACIÓN.** Adoptar el plan territorial de salud del Municipio del Líbano, Tolima 2012-2015 Unidos por la Prosperidad, de acuerdo al siguiente contenido:

## **INTRODUCCION**

### **CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL**

#### **1. MARCO JURIDICO**

#### **2. DEFINICIONES**

##### **2.1. Salud Pública**

##### **2.2. Modelo de Atención**

##### **2.3. Modelo de Prestación de Servicios**

##### **2.4. Promoción de la Salud**

##### **2.5 Prevención de la Enfermedad**

#### **3. METEODOLOGÍA PARA LA ELABORACION DEL PLAN**

##### **3.1. Fase 1. Generación de las Condiciones de Planeación**

###### **3.1.1. Formulación del Plan**

###### **3.1.2. Síntesis del Plan**

###### **3.1.3. Elaboración del proyecto de inversión**

##### **3.2. Fase 2. Elaboración del proyecto de Plan Sectorial de Salud**

##### **3.3. Fase 3. Aprobación y Socialización de Proyectos**

### **CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN CARACTERISTICAS GENERALES DEL TERRITORIO**

#### **2. UBICACIÓN GEOGRAFICA**

##### **2.1. Localización**

##### **2.2. Extensión**

##### **2.3. Límites**

##### **2.4. Área**

##### **2.5. Clima**

##### **2.6. Topografía e Hidrografía**

##### **2.7. División Político Administrativa**



**2.7.1. Área Urbana**

**2.7.2. Área Rural**

**2.7.3. Mapa Base**

**2.7.4. Aspectos Demográficos**

**2.7.4.1. Distribución de la Población Según Área Geográfica**

**2.7.4.2. Estructura poblacional:**

**2.7.4.2.1. Distribución proporcional de la población por grupos quinquenales y sexo**

**2.7.4.3. Proporción de población por pertenencia étnica:**

**2.7.4.4. Dinámica de población:**

**2.7.4.4.1. Proporción de nacidos vivos por sexo, área geográfica**

**2.7.5. Relación o índice de masculinidad:**

**2.7.6. Tasa de fecundidad vigencia 2005 - 2009**

**2.7.7. Tasa bruta de natalidad**

**2.7.8. Proporción de bajo peso al nacer**

**2.7.9. Tasa de Mortalidad General**

**2.7.10. Tasa de mortalidad infantil 2005-2009**

**2.7.11. Tasa mortalidad en menores de 5 años.**

**2.7.12. Razón de Mortalidad Materna**

**2.7.13. Población económicamente activa**

**2.7.14. Tasa de Empleo:**

**2.7.15. Población Desplazada**

**2.8. Sisben**

**2.9 Secretaria de Planeación con funciones en Salud**

**2.10. Diagnóstico Financiero**

**2.11. Distribución Poblacional Por Estado de Aseguramiento**

**2.11.1. Aseguramiento por Régimen Subsidiado**

**2.11.2. Aseguramiento Régimen Contributivo**

**2.11.3. Cobertura de Afiliación al SGSSS**

**2.11.4. Cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada.**

**2.12 RIESGOS SANITARIOS Y DE MEDIO AMBIENTE**

**2.12.1. Calidad de Agua**

**2.12.2. Cobertura de acueducto, alcantarillado y agua potable en la zona Urbana y Rural del Municipio del Líbano**

**2.12.3. Disposición de residuos sólidos en el Municipio del Líbano**

**2.12.4. Disposición de Residuos líquidos en el Municipio del Líbano**

**2.13. EDUCACION**

**2.13.1. Analfabetismo**

**2.13.2. Porcentaje de deserción escolar:**

**2.13.3. Educación Formal**

**2.13.4. Educación Superior**

**2.14. VIVIENDA**

**2.15. COMUNICACIONES**

**2.16. TRANSPORTE**

**2.17. CARACTERISTICAS SOCIOECONÓMICAS**

**2.17.1. Proporción de población en Necesidades básicas insatisfechas (NBI):**

**2.17.2. Distribución Porcentual de la Población por Estrato Socioeconómico.**

**2.17.3. Distribución de la población por clasificación del SISBEN**

**2.17.4. Producción: agrícola, pecuaria, forestal**

**2.17.5. Tasa de Empleo**

**2.17.6. Ingresos**

**2.17.7. Alimentación y nutrición**

### **CAPITULO 3. PERFIL EPIDEMIOLOGICO**

#### **3.4. MORBILIDAD**

##### **3.4.1. MORBILIDAD POR NOTIFICACION OBLIGATORIA**

**3.4.1.1. Morbilidad (RIPS – 2011) - Morbilidad general, 10 primeras causas por sexo.**

**3.4.1.2. Morbilidad por consulta ambulatoria por grupos de edad.**

**3.4.1.3. Morbilidad por Urgencias.**

**3.4.1.4. Morbi-mortalidad por eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria. SIVIGILA 2010**

#### **3.5. MORTALIDAD**

##### **3.2.1 MORTALIDAD GENERAL SEGÚN (Listas de causas agrupadas según 6/67 CIE-10 de OPS) 2009**

**3.5.1.1. Mortalidad General, Primeras 10 Causas, por Sexo Masculino.**

**3.5.1.2. Mortalidad General, Primeras 10 Causas, por Sexo Femenino.**

**3.5.1.3. Mortalidad General, Primeras 10 Causas, de 1 a 4 años**

**3.5.1.4. Mortalidad por grupos etareos y primeras 10 causas, en menores de 1 año**

**3.5.1.5. Mortalidad por Grupos etareos de 5 a 14 años por Causas de Defunción.**

**3.5.1.6. Mortalidad por Grupos etareos de 15 a 44 años por Causas de Defunción.**

- 3.5.1.7. Mortalidad por Grupos etareos de 45 - 64 años por Causas de Defunción.**
- 3.5.1.8. Mortalidad por Grupos etareos de 45 - 64 años por Causas de Defunción.**
- 3.5.1.9. Mortalidad por lesiones de causa externa (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito, mortalidad no intencional).**
- 3.5.1.10. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por causa y sexo: Neoplasias - Cáncer, Diabetes Mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad crónica vías respiratorias inferiores.**

### **3.6. Salud infantil**

- 3.6.1. Mortalidad infantil 2005-2009.**
- 3.6.2. Razón de mortalidad perinatal 2010**
- 3.6.3. Mortalidad en menores de 1 a 4 años**
  
- 3.6.4. Mortalidad en menores de 5 años**
- 3.6.5. Enfermedades infecciosas prevalentes en menores de 5 años: 2005- 2010**
  - 3.6.5.1. Mortalidad por Enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda:**
  - 3.6.5.2. Morbilidad por Enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda**
  - 3.6.6. VIH en menores de 2 años. 2005-2010.**
  - 3.6.7. Coberturas de vacunación: 2010**
  
  - 3.6.8. Plan Ampliado de Inmunizaciones.**

## **CAPITULO 4. SITUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **4.1 Producción de Servicios**

#### **4.1.1 Servicios de Promoción y Prevención**

**4.1.2 Servicios de Apoyo Ambulatorio**

**4.1.3 Servicio de apoyo terapéutico**

**4.1.4 Servicio de Ambulancias**

**4.1.5 Servicio de Apoyo Diagnostico**

**4.1.6. Servicios de Hospitalización:**

**4.1.7. Servicios Quirúrgicos:**

**4.1.8. UCI Neonatal y Pediátrica, en Convenio con la Clínica UROS**

**4.1.9. Otras IPS**

**4.2 Recursos Físicos.**

**4.3. Disponibilidad del Recurso Humano.**

**4.4. RECURSOS FINANCIEROS**

**4.4.1. Fondo Local de Salud Municipal.**

**CAPITULO 5. DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA**

**5.1. VISION**

**5.2. MISION**

**5.3. PROPOSITO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

**5.4. ENFOQUES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

**5.4.1. Enfoque Poblacional**

**5.4.1.1. Enfoques Determinantes de la Salud**

**5.4.2. Enfoque de Gestión Social del Riesgo**

**5.5. PRINCIPIOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

**5.6. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD**

**5.7. PRIORIDADES Y METAS NACIONALES**

**5.7.1. Ejes programáticos**

**5.7.1.1. Aseguramiento**

**5.7.1.2. Prestación y desarrollo de los servicios de salud**

**5.7.1.3. Salud pública**

**5.7.1.4. Promoción social**

**5.7.1.5. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales**

5.7.1.6. **Emergencias y desastres**

**CAPITULO 6. DESARROLLO EJES PROGRAMATICOS**

**6.1. ASEGURAMIENTO**

**6.1.1. DESCRIPCION Y PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS**

6.1.1.1. Descripción de los Problemas

6.1.1.2. Descripción de las Necesidades

6.1.1.3. Priorización de los Problemas

6.1.1.4. Priorización de las Necesidades encontradas:

6.1.1.5. **OBJETIVO GENERAL.**

6.1.1.5.1. Objetivos a Mediano Plazo

6.1.1.5.2. Objetivos a Largo Plazo

6.1.1.6. Línea Base

6.1.1.7. Metas

6.1.1.7.1. Metas a Mediano Plazo

6.1.1.7.2. Metas a Largo Plazo

**6.2. PROMOCION DE LA AFILIACION AL SGSSS**

6.2.1. Descripción

6.2.2. Objetivos

6.2.3. Línea Base

6.2.4. **PRODUCTOS**

6.2.5. **CRONOGRAMA**

6.2.6. Descripción de los Actores

6.2.7. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto

**6.3. IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE LA POBLACION AFILIAR.**

6.3.1. Descripción

6.3.2. Objetivos

6.3.3. Metas

6.3.4. Indicadores

6.3.5. Línea Base

6.3.6. Productos

6.3.7. Cronograma

6.3.8. Descripción de los Actores

**6.3.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto.**

**6.4. GESTIÓN Y UTILIZACIÓN EFICIENTE DE LOS CUPOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

**6.4.1. Descripción**

**6.4.2. Objetivos**

**6.4.3. Metas**

**6.4.4. Indicadores**

**6.4.5. Línea Base**

**6.4.6. Productos**

**6.4.7. Cronograma**

**6.4.8. Descripción de los Actores**

**6.4.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto.**

**6.5. ADECUACIÓN TECNOLÓGICA Y RECURSO HUMANO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN EL MUNICIPIO.**

**6.5.1. Descripción.**

**6.5.2. Objetivos**

**6.5.3. Metas**

**6.5.4. Indicadores**

**6.5.5. Línea Base**

**6.5.6. Productos**

**6.5.7. Cronograma**

**6.5.8. Descripción de los Actores**

**6.5.9. Identificación de los Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto.**

**6.6. CELEBRACIÓN DE LOS CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO**

**6.6.1. Descripción**

**6.6.2. Objetivos.**

**6.6.3. Metas**

**6.6.4. Indicadores**

**6.6.5. Línea Base**

**6.6.6. Producto**

**6.6.7. Cronograma**

**6.6.8. Descripción de los Actores.**

**6.6.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto.**

**6.7. ADMINISTRACION DE BASE DE DATOS.**

**6.7.1. Descripción**

**6.7.2. Objetivos**

**6.7.3. Metas**

**6.7.4. Indicadores**

**6.7.5. Línea Base**

**6.7.6. Productos**

**6.7.7. Cronograma**

**6.7.8. Descripción de los Actores**

**6.7.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto.**

**6.8. GESTION FINANCIERA DEL GIRO DE LOS RECURSOS**

**6.8.1. Descripción**

**6.8.2. Objetivos**

**6.8.3. Metas**

**6.8.4. Indicadores**

**6.8.5. Línea Base**

**6.8.6. Productos**

**6.8.7. Cronograma**

**6.8.8. Descripción de los Actores**

**6.8.9. Identificación de las Posibles Externalidades Que puedan Afectar Los Logros del Proyecto.**

**6.9. INTERVENTORIA DE LOS CONTRATOS DE REGIMEN SUBSIDIADO**

**6.9.1. Descripción**

**6.9.2. Objetivos**

**6.9.3. Metas**

**6.9.4. Indicadores**

**6.9.5. Línea Base**

**6.9.6. Productos**

**6.9.7. Cronogramas**

**6.9.8. Descripción de los Actores**

**6.9.9. Identificación de las Posibles Externalidades Que Puedan Afectar Los Logros del Proyecto.**



**6.10. VIGILANCIA Y CONTROL DEL ASEGURAMIENTO.**

- 6.10.1. Descripción.**
- 6.10.2. Objetivos**
- 6.10.3. Metas**
- 6.10.4. Indicadores**
- 6.10.5. Línea Base**
- 6.10.6. Productos**
- 6.10.7. Cronograma**
- 6.10.8. Descripción de los Actores**
- 6.10.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden**

**6.11. ESTIMACION Y PROYECCION PRESUPUESTAL DE CADA EJE PROGRAMATICO Y ÁREA SUBPROGRAMATICA EN EL CUATRENIO**

- 6.11.1. PRESTACION Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**
- 6.11.2. DESCRIPCION Y PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADOS**
  - 6.11.2.1. Descripción de los Problemas**
  - 6.11.2.2. Priorización de los Problemas**
- 6.11.3. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS Y SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES PRIORIZADAS**
  - 6.11.3.1. Análisis De Las Principales Causas De Los Problemas Y Necesidades**
  - 6.11.3.2. Soluciones De Las Principales Causas De Los Problemas y Necesidades**

**6.12. MEJORAMIENTO DE LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD**

- 6.12.1. Descripción.**
- 6.12.2. Objetivos**
- 6.12.3. Metas**
- 6.12.4. Indicadores**
- 6.12.5. Productos**
- 6.12.6. Cronograma**

- 6.12.7. Descripción de los Actores**
- 6.12.8. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto**

### **6.13. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

- 6.13.1. Descripción**
- 6.13.2. Objetivos**
- 6.13.3. Metas**
- 6.13.4. Indicadores**
- 6.13.5. Línea Base**
- 6.13.6. Productos**
- 6.13.7. Cronograma**
- 6.13.8. Descripción de lo Actores**
- 6.13.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que puedan Afectar Los Logros del Proyecto.**

### **6.14. MEJORAMIENTO DE LA EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS IPS PÚBLICAS**

- 6.14.1. Descripción**
- 6.14.2. Objetivos**
- 6.14.3. Metas**
- 6.14.4. Indicadores**
- 6.14.5. Productos**
- 6.14.6. Cronograma**
- 6.14.7. Descripción de los Actores**

### **6.15. ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL RIESGO**

- 6.15.1. Descripción**
- 6.15.2. Objetivos**
- 6.15.3. Metas**
- 6.15.4. Indicadores**
- 6.15.5. Línea Base**
- 6.15.6. Actividades**
- 6.15.7. Metas**

### **6.16. ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

- 6.16.1. Descripción**
- 6.16.2. Objetivos**
- 6.16.3. Metas**
- 6.16.4. Indicadores**
- 6.16.5. Línea Base**
- 6.16.6. Productos**
- 6.16.7. Actividades**
- 6.16.8. Desarrollo de la Actividades**
  - 6.16.8.1. Notificación de todos los Prestadores Adscritos a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud**
    - 6.16.8.1.1. Actividades y Cantidad**
    - 6.16.8.1.2. Cronograma**
  - 6.16.8.2. Coordinar el Desarrollo de Actividades por el Comité Municipal de Vigilancia Epidemiológica**
    - 4.23.8.2.1. Actividades y Cantidad**
    - 4.23.8.2.2. Cronogramas**
  - 6.16.8.3. Intervención de Todos Los Casos de Interés en Salud Pública**
    - 6.16.8.3.1. Actividades y Cantidad**
    - 6.16.8.3.2. Cronogramas**
  - 6.16.8.4. Análisis del Perfil Epidemiológico del Municipio**
    - 6.16.8.4.1. Actividades y Cantidad**
    - 6.16.8.4.2. Cronograma**
  - 6.16.8.5. Publicar Boletines Epidemiológicos Semestrales**
    - 4.23.8.5.1. Actividades y Cantidad**
    - 4.23.8.5.2. Cronogramas**
  - 6.16.8.6. Vigilar el manejo de enfermedades Inmunoprevenible según los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica**
    - 6.16.8.6.1. Actividades y Cantidad**
    - 6.16.8.6.2. Cronogramas**
  - 6.16.8.7. Vigilar el Cumplimiento de la Notificación Obligatoria de Acuerdo con los Estándares del SIVIGILA**
    - 6.16.8.7.1. Actividades y Cantidad**
    - 6.16.8.7.2. Cronogramas**
- 6.16.9. Descripción de los Actores**
- 6.16.10. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Puedan Afectar Los Logros Del Proyecto**

**6.17. ACCIONES DE GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL EN SALUD PÚBLICA**

- 6.17.1. Descripción**
- 6.17.2. Objetivos**
- 6.17.3. Metas a Largo Plazo**
- 6.17.4. Metas a Corto Plazo**
- 6.17.5. Indicadores**
- 6.17.6. Línea Base**
- 6.17.7. Productos**
- 6.17.8. Descripción de los Actores**
- 6.17.9. Identificación de las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto**

**6.18. EMERGENCIAS Y DESASTRES**

- 6.18.1. Descripción**
- 6.18.2. Amenaza de Origen Geomorfológico**
- 6.18.3. Zona de Amenaza Volcánica**
- 6.18.4. Objetivos**
- 6.18.5. Metas**
- 6.18.6. Indicadores**
- 6.18.7. Línea Base**
- 6.18.8. Productos**
- 6.18.9. Descripción de los Actores**

**6.19. Acciones de Articulación Intersectorial Para el Desarrollo De Los Planes Preventivos, de Mitigación y Superación de las Emergencias y Desastres**

- 6.19.1. Descripción.**
- 6.19.2. Objetivos**
- 6.19.3. Metas**
- 6.19.4. Indicadores**
- 6.19.5. Línea Base**
- 6.19.6. Productos**
- 6.19.7. Cronograma**
- 6.19.8. Descripción de los Actores**

**6.20. Acciones de Fortalecimiento Institucional Para la Respuesta Territorial Ante Situaciones de Emergencias y Desastres**

**6.20.1. Descripción**

**6.20.2. Objetivos**

**6.20.3. Metas.**

**6.20.4. Indicadores**

**6.20.5. Línea Base**

**6.20.6. Productos**

**6.20.7. Cronograma**

**6.20.8. Descripción de los Actores**

**6.21. Acciones Fortalecimiento de la Red Urgencias**

**6.21.1. Descripción**

**6.21.2. Objetivos**

**6.21.3. Metas**

**6.21.4. Indicadores**

**6.21.5. Línea Base**

**6.21.6. Productos**

**6.21.7. Cronograma**

**6.21.8. Descripción de los Actores**

## INTRODUCCION

Los procesos gerenciales modernos exigen documentos ágiles, dinámicos, asequibles y que contengan la información básica actualizada en un lenguaje técnico comprensible a los diferentes actores que intervienen en sistema y en sentido en el PLAN DE SALUD TERITORIAL DEL MUNICIPIO DE LIBANO, se convierte en la herramienta técnica que básicamente alimenta la argumentación fundamentadas para la toma de decisiones en cada uno de los procesos que contribuyen al cumplimiento de las Normas, Lineamientos y Políticas vigentes en el sector Salud.

El Plan de Salud Territorial se define como una relación de fines asociados al mejoramiento del estado de salud de un territorio y los medios para lograrlos a través de acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, recuperación de la salud y superación de daños, vigilancia, gestión del conocimiento y gestión de recursos del sistema.

El presente documento contiene los elementos básicos que tipifican el Municipio de Líbano – Tolima, tales como:

- Características del desarrollo territorial permitiendo al lector ubicarse en el escenario Municipal.
- Análisis Epidemiológico con la visión de un perfil que facilita conocer la morbimortalidad y los factores de riesgo de la población.
- Condiciones socioculturales que afectan el proceso salud- enfermedad.
- Situación actual de la población con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para su elaboración se adopta la Metodología establecida de acuerdo con las normas legales vigentes y los lineamientos de política Nacional y Local.

El documento aplica y completa las orientaciones técnicas y metodológicas de la Resolución número 425 de 2008.

Se desarrollaran los momentos técnicos operativos de las acciones programáticas a ejecutar en el proceso de planeación, basados en los principios de legalidad, integralidad, participación social y costo efectividad.

## CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL

### 1. MARCO JURIDICO

- 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 1450 de 2010 Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos”
- 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.

### 2. DEFINICIONES

#### 2.1. 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”.

#### 2.2. Modelo de Atención

Se concibe como modelo de atención la manera como se atiende a un individuo en determinado servicio.

## **2.3. Modelo de Prestación de Servicios**

Se entiende como prestación de servicio la forma de atención de un programa determinado.

## **2.4. Promoción de la Salud**

La promoción de la salud consiste en proporcionar a la población en colectividad, los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

## **2.5. Prevención de la Enfermedad**

Son aquellas actividades, cuya finalidad es la identificación, control y/o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables.

## **3. METEODOLOGÍA PARA LA ELABORACION DEL PLAN**

### **3.1. Fase 1. Generación de las Condiciones de Planeación**

- Se identificó los principales actores sociales e institucionales que acompañaran a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud municipal a la elaboración del Plan de Salud Territorial.
- Se realizó convocatoria se conformó, formalizo y se logró la vinculación activa del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.
- Se conformó un equipo técnico, se nombró su coordinador y se desarrollaron las actividades de sensibilización e inducción.
- Se ofreció capacitación a los actores del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud sobre Elaboración del Plan de Salud Territorial.



- Se desarrollaron foros y reuniones en conjunto con la elaboración del Plan de Desarrollo, en los que se detectaron las prioridades en salud del municipio.
- Se han generado acciones de sostenibilidad al proceso de la elaboración del Plan de Salud Territorial.

### **3.1.1. Formulación del Plan**

La formulación del Plan de Salud Territorial se desarrollara bajo la Asesoría y supervisión del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS).

Este Plan será insertado al plan de Desarrollo municipal, buscando con ello darle cumplimiento en un cien por ciento, además poder medir su impacto en la comunidad.

De este Plan de Salud Territorial, se elaborara el Plan Operativo Anual (POA) durante los tres años siguientes en todo lo concerniente a Salud Pública, asimismo este plan será evaluado anualmente por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

### **3.1.2. Síntesis del Plan**

De este Plan de Salud Territorial se desagregan seis ejes temáticos, los cuales deben estar contenidos dentro del Plan de Desarrollo Municipal, a su vez cada uno de estos ejes debe contener los proyectos a ejecutar durante los cuatro años siguientes.

Cada uno de los proyectos debe contener indicadores, objetivos y metas claras, para con ello poder realizar un análisis de impacto en la población.

### **3.1.3. Elaboración del Proyecto de Inversión**

En la elaboración del proyecto de inversión de este Plan de Salud Territorial convergen varias fuentes de financiación, entre ellas tenemos: Sistema General de Participación (SGP), fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), regalías, recursos propios, empresa territorial para la salud (ETESA), Servicio Obligatorio de Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos de Accidentes

de Tránsito) (SOAT- ECAT) y otros recursos, cada una de estas fuentes serán utilizadas de acuerdo a lo establecido por la norma.

### **3.2. Fase 2. Elaboración del proyecto de Plan Sectorial de Salud**

Para la elaboración del proyecto Plan Sectorial de Salud fue necesario tener en cuenta el Diagnostico en Salud del Municipio, características generales, normas vigentes en salud y la participación de la comunidad, con lo que se pretendió que estas manifestaran sus necesidades en lo relacionado con el área.

Con la elaboración del proyecto se pretende disminuir el índice de morbimortalidad en el municipio, para con ello contribuir a una mejor calidad de vida en la población.

### **3.3. Fase 3. Aprobación y Socialización de Proyectos**

Para la elaboración y aprobación del proyecto se tuvo en cuenta la participación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS), el cual fue el Asesor desde el primer momento de dar inicio a la elaboración del proyecto y por lo anterior fue aprobado por unanimidad.

Para la socialización fue necesario recurrir a diferentes medios de comunicación y foros con diferentes líderes comunitarios, con lo que se pretendió que la comunidad conociera cada uno de los ejes y proyectos que están plasmados en el Plan de Salud Territorial del municipio.

## CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL TERRITORIO

#### 2. UBICACIÓN GEOGRAFICA

##### 2.1. Localización:

**Continente:** América (América del Sur)

**País:** Colombia

**Departamento:** Tolima

**Municipio:** Líbano

El Municipio de Líbano, se encuentra localizado al noroccidente del Departamento del Tolima a 4° 55" latitud norte y 75° 07" longitud oeste, y una altura de 1585 Metros Sobre el Nivel del Mar.

##### 2.2. Extensión

El municipio de El Líbano tiene una extensión total de 299.44 Kilómetros cuadrados, el área urbana corresponde 30.80 Km<sup>2</sup>, y al área rural 268.64 Km<sup>2</sup>.

##### 2.3. Límites

EL Municipio del Líbano Limita al Norte con los municipios de Villahermosa y Armero, al Sur con los municipios de Santa Isabel y Venadillo, al Occidente con el municipio de Murillo y al Oriente con el municipios de Lérida.

## 2.4. Área

El municipio del Líbano tiene un área urbana es de 3.28 Km<sup>2</sup>, representado en el 1.95% del total del territorio y la extensión del área rural es de 296.16 Km<sup>2</sup> representando el 98.05 del Total del territorio.

El municipio del Líbano tiene un área urbana es de 3.28 Km<sup>2</sup>, representado en el 1.95% del total del territorio y la extensión del área rural es de 296.16 Km<sup>2</sup> representando el 98.05 del Total del territorio

## 2.5. Clima

El municipio de El Líbano está bajo influencia de un clima ecuatorial típico de montaña, el cual se define por presencia de lluvias abundantes durante todo el año, de 2.110 mm. de precipitación ponderada, con tres meses secos (diciembre, enero, febrero) que alternan con un periodo húmedo (marzo, abril, mayo). La temperatura media mensual puede variar entre 18.5 y 20.5 ° C.

## 2.6. Topografía e Hidrografía

A lo largo y ancho del municipio se ha identificado cuatro subgrupos de suelos así:

- Suelos provenientes de cenizas volcánicas clasificados como TypicHapludands.
- Suelos originados a partir de complejos de esquistos clasificados como TypicDystropepts, y limitados en su profundidad por presencia de rocas/esquistos, los que le determina el carácter de superficiales y moderadamente profundos.

El municipio de El Líbano está conformado por la parte media de dos importantes cuencas hidrográficas, la del río Lagunilla y la del Recio; sin embargo, dentro de ellas hace parte el río Bledo, la Yuca, y pequeños afluentes que drenan sus aguas directamente. El Río Recio nace en las estribaciones del volcán nevado del Ruiz y desemboca en el río Magdalena; el río Lagunilla define la parte norte del municipio

## 2.7. División Político Administrativa

El municipio del Líbano está distribuido espacialmente en 4 comunas, con 28 barrios. Y 79 veredas, las cuales están geográficamente distribuidas en 4 corregimientos así: Convenio, Santa Teresa, Tierra dentro y San Fernando, siendo Convenio y Santa Teresa los de mayor desarrollo tanto vial como en oferta de servicios que permiten un mayor bienestar en la ciudadanía.

“Dispone de dos (2) centros rurales de aceptable jerarquía poblacional como son Campoalegre y San Jorge los cuales dado el tamaño y dispersión poblacional, no se les considera así; cada corregimiento está constituido por veredas, siendo ésta la estructura administrativa del municipio la cual se puede apreciar en la tabla 2., en la que se observa la composición de cada una de estas unidades territoriales.

Sin embargo, existen algunas veredas que no se circunscriben a ningún corregimiento sino que dependen directamente del despacho de la Administración central, siendo estas consideradas como pertenecientes a la cabecera municipal.

### 2.7.1. Área Urbana

El área urbana de Líbano está dividida en 4 comunas: Barrios nuevos del municipio, Parte central y alta del municipio, Parte nororiental Estadio, Barrio Los Pinos y sus alrededores. Los 28 barrios que componen el municipio se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla N°1 Barrios del Área urbana.**

| No. | Barrio          | No. | Barrio      | No. | Barrio     |
|-----|-----------------|-----|-------------|-----|------------|
| 1   | La Polca        | 11  | El Carmen   | 21  | Santa Rosa |
| 2   | Las Americas    | 12  | Coloyita    | 22  | Los Pinos  |
| 3   | Villa Esperanza | 13  | San Antonio | 23  | El Centro  |
| 4   | Carlos Pizarro  | 14  | Jaramillo   | 24  | Pablo VI   |
| 5   | El Porvenir     | 15  | Reyes Umaña | 25  | San José   |

|    |              |    |             |    |             |
|----|--------------|----|-------------|----|-------------|
| 6  | El Triunfo   | 16 | La Libertad | 26 | San Vicente |
| 7  | Isidro Parra | 17 | 20 de Julio | 27 | 1 de Mayo   |
| 8  | Marsella     | 18 | Villa Emma  | 28 | Las Ferias  |
| 9  | Cedral       | 19 | Las Brisas  |    |             |
| 10 | Las Acacias  | 20 | Estadio     |    |             |

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal de Líbano

### 2.7.2. Área Rural

El área rural del municipio de Líbano consta de los corregimientos, caseríos y veredas que aparecen a continuación.

**Tabla N°: 02. Veredas del Área Rural**

| Corregimientos | Caseríos  | Veredas  |
|----------------|-----------|--|
| Santa Teresa   | -         | El Billar, El Diamante, El Jardín, El Suspiro, La Aurora, La Australia, El Retiro, La Frisolera, La Guaira, Santa Teresa, Zaragoza   |
| San Fernando   | San Jorge | San Fernando, Las Palmeras, Versailles, Altocielo, El Tesoro, La Plata - San Isidro, Las Rocas, Marengo, Pradera Alta, San Jorge, Mesopotamia, La Marina y Tapias.   |
| Convenio       | -         | Convenio, Buenavista, Coralito, Delicias del Convenio, El Sirpe, El Aguador, El Castillo, El Descanso, El Horizonte, El Mirador, El Toche, La Helvecia, La Alcancía, Las Américas, Lutecia, Matefique, Pantanillo, Patio Bonito, Pomaroso, Sabaneta, San Vicente, Santa Bárbara, Tiestos, Tarapacá y El Silencio |
| Tierra dentro  | -         | California, La Florida, Chagres, La Honda, Mateo, Río Recio, Santa Helena, Santa Rita, Tierra dentro, Villanueva, Zelandia, Peralta – Morro Negro. Bulgaria, San Juan, La Cuna, Cuba, La Trinidad, Campoalegre, El Agrado, El Paraíso, El Rosario, La Gloria, La Gregorita, Pradera Baja, La                     |

| Corregimientos     | Caseríos    | Veredas  |
|--------------------|-------------|--|
|                    |             | Meseta, Virginia - La Marcada, Pradera Alta, La Tigrera, La Esperanza.   |
| Cabecera Municipal | Campoalegre | El Billar, El Diamante, El Jardín, El Suspiro, La Aurora, La Australia, El Retiro, La Frisolera, La Guaira, Santa Teresa, Zaragoza |

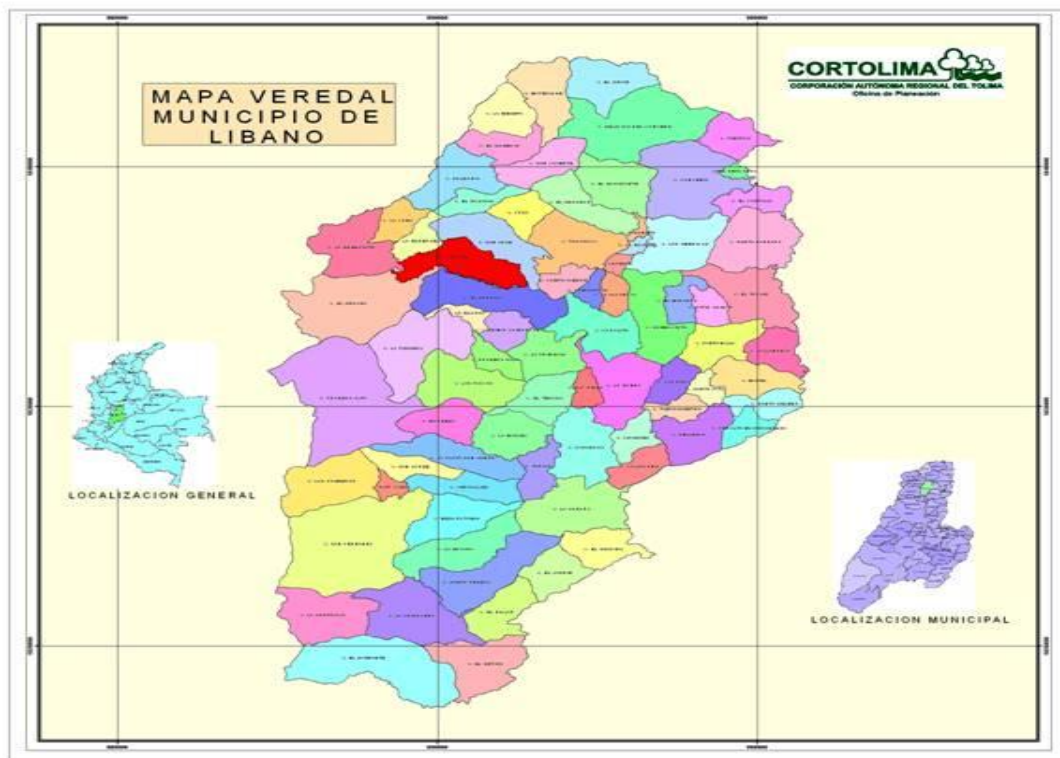
Fuente: Secretaría de Planeación Municipal de Líbano

### 2.7.3. Mapa Base

A continuación se muestra el mapa base del municipio de Líbano, en el cual se puede observar la ubicación del departamento del Tolima en Colombia y dentro del departamento, la posición del municipio, con sus respectivos límites.

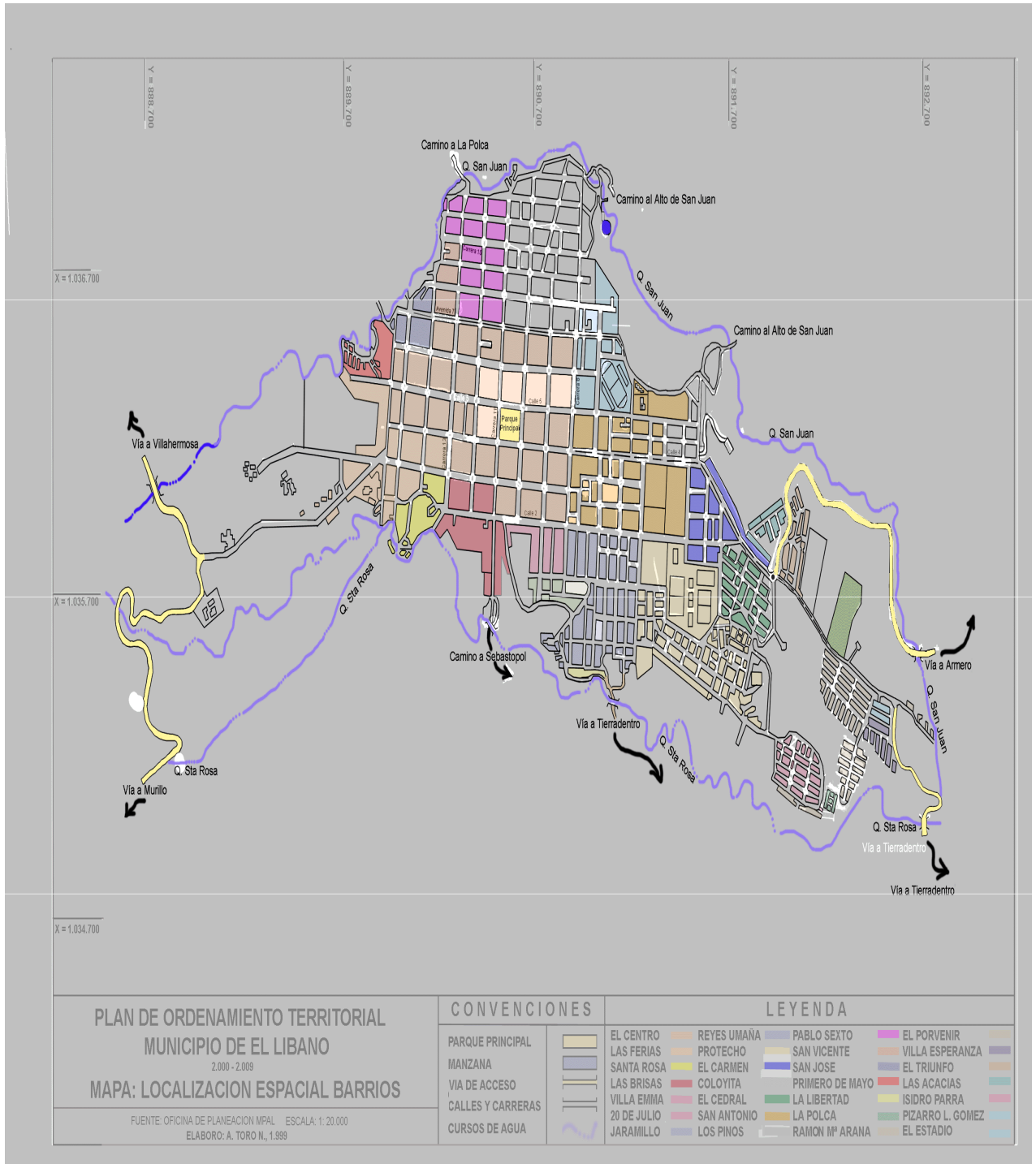
Ubicación geográfica del municipio de Líbano en el departamento del Tolima.

**Gráfica N°. 1. Mapa Rural, Municipio del Líbano**



Fuente: Corporación Autónoma Regional del Tolima – CORTOLIMA

Gráfica N°. 2. Mapa Urbano, Municipio del Líbano



Fuente: Dane, 2005



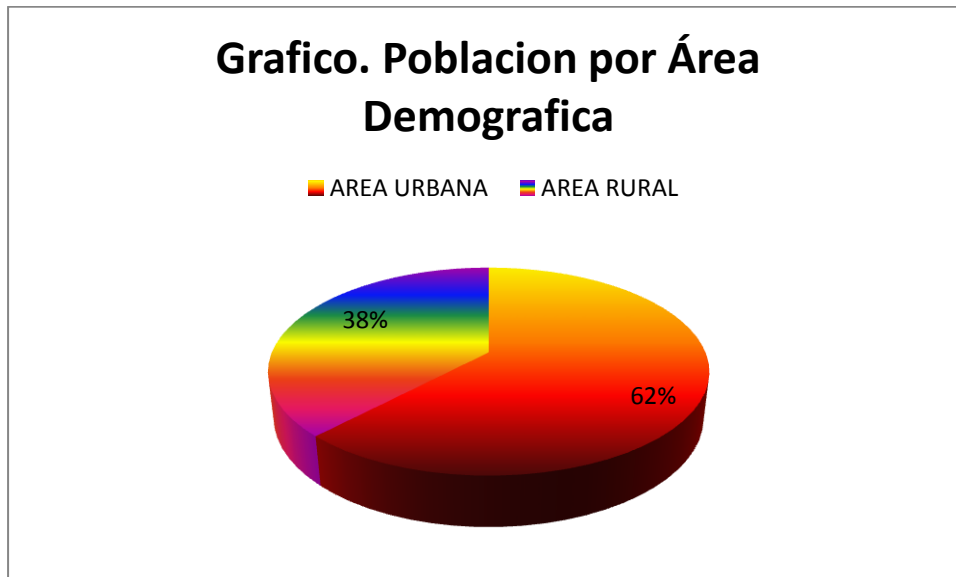
**2.7.4. Aspectos Demográficos**

**2.7.4.1. Distribución de la Población Según Área Geográfica**

**Tabla No 3. Población por Área Geográfica Municipio del Líbano Tolima 2010**

| AREA URBANA | %     | AREA RURAL | %     |
|-------------|-------|------------|-------|
| 25702       | 62,13 | 15666      | 37,87 |

Fuente: Dane



**2.7.4.2. Estructura poblacional:**

**2.7.4.2.1. Distribución proporcional de la población por grupos quinquenales y sexo**

Comparando la pirámide poblacional de los años 2000 y 2010, presentada por grupos quinquenales, se evidencia que de la vigencia 2000 a la 2010, se presenta decrecimiento de la población en el rango de edad de 0 a 9 años, considerada como infantil, pasando de un 23,25% en el 2000 a un 19,01%

en el 2010, reflejando que los programas de planificación familiar han causado un impacto positivo en el control de la natalidad. Respecto a la población comprendida entre las edades de 10 a 19 años que enmarca el periodo de la adolescencia, hay una ligera disminución pasando de un 21,13% a un 20,04%, sin embargo se evidencia un gran potencial de población joven en el Municipio lo que implica fortalecer las políticas públicas de infancia y adolescencia.

En la población comprendida entre los 20 a 59 años que mayoritariamente se asocia a la actividad económica y productiva en el municipio, también hubo un incremento de 0,98%. En cuanto a la población mayor de 60 años, existe un incremento en el porcentaje pasando de un 12, 27% en el 2000 a un 13, 74% en el 2010.

La tendencia de la dinámica poblacional en el municipio está en la misma dinámica del ámbito departamental y nacional, en donde existe una tendencia a la disminución de la población infantil e incremento en la población adulta y adulta mayor, lo que indica que se deben tener en cuenta estos cambios poblacionales para priorizar las acciones de salud. A continuación se presentan las tablas de población y las pirámides poblacionales de los años 2000 y 2010.

**Tabla N° 4. Distribución Proporcional de la Población por Grupo Quinquenales y Sexo. Líbano, Tolima 2000**

| Grupos Quinquenales | POBLACION 2000 |      |          |      | TOTAL        |
|---------------------|----------------|------|----------|------|--------------|
|                     | MASCULINO      |      | FEMENINO |      |              |
|                     | NRO.           | %    | NRO.     | %    |              |
| <b>0 A 4</b>        | 2.374          | 5,74 | 2.349    | 5,68 | <b>4.723</b> |
| <b>5 A 9</b>        | 2.406          | 5,82 | 2.488    | 6,01 | <b>4.894</b> |
| <b>10 A 14</b>      | 2.555          | 6,18 | 2.455    | 5,93 | <b>5.010</b> |
| <b>15 A 19</b>      | 1.740          | 4,21 | 1.988    | 4,81 | <b>3.728</b> |
| <b>20 A 24</b>      | 1.303          | 3,15 | 1.538    | 3,72 | <b>2.841</b> |
| <b>25 A 29</b>      | 1.251          | 3,02 | 1.473    | 3,56 | <b>2.724</b> |
| <b>30 A 34</b>      | 1.306          | 3,16 | 1.562    | 3,78 | <b>2.868</b> |
| <b>35 A 39</b>      | 1.405          | 3,40 | 1.507    | 3,64 | <b>2.912</b> |
| <b>40 A 44</b>      | 1.187          | 2,87 | 1.263    | 3,05 | <b>2.450</b> |
| <b>45 A 49</b>      | 1.106          | 2,67 | 1.019    | 2,46 | <b>2.125</b> |
| <b>50 A 54</b>      | 892            | 2,16 | 847      | 2,05 | <b>1.739</b> |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

---

|                 |               |              |               |              |               |
|-----------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| <b>55 A 59</b>  | 746           | 1,80         | 730           | 1,76         | <b>1.476</b>  |
| <b>60 A 64</b>  | 692           | 1,67         | 650           | 1,57         | <b>1.342</b>  |
| <b>65 A 69</b>  | 653           | 1,58         | 632           | 1,53         | <b>1.285</b>  |
| <b>70 A 74</b>  | 522           | 1,26         | 505           | 1,22         | <b>1.027</b>  |
| <b>75 A 79</b>  | 440           | 1,06         | 366           | 0,88         | <b>806</b>    |
| <b>80 Y MAS</b> | 310           | 0,75         | 312           | 0,75         | <b>622</b>    |
| <b>TOTAL</b>    | <b>20.888</b> | <b>50,49</b> | <b>21.684</b> | <b>52,42</b> | <b>42.572</b> |

Fuente: DANE

Grafica No 5. Pirámide Poblacional Líbano, Tolima 2000

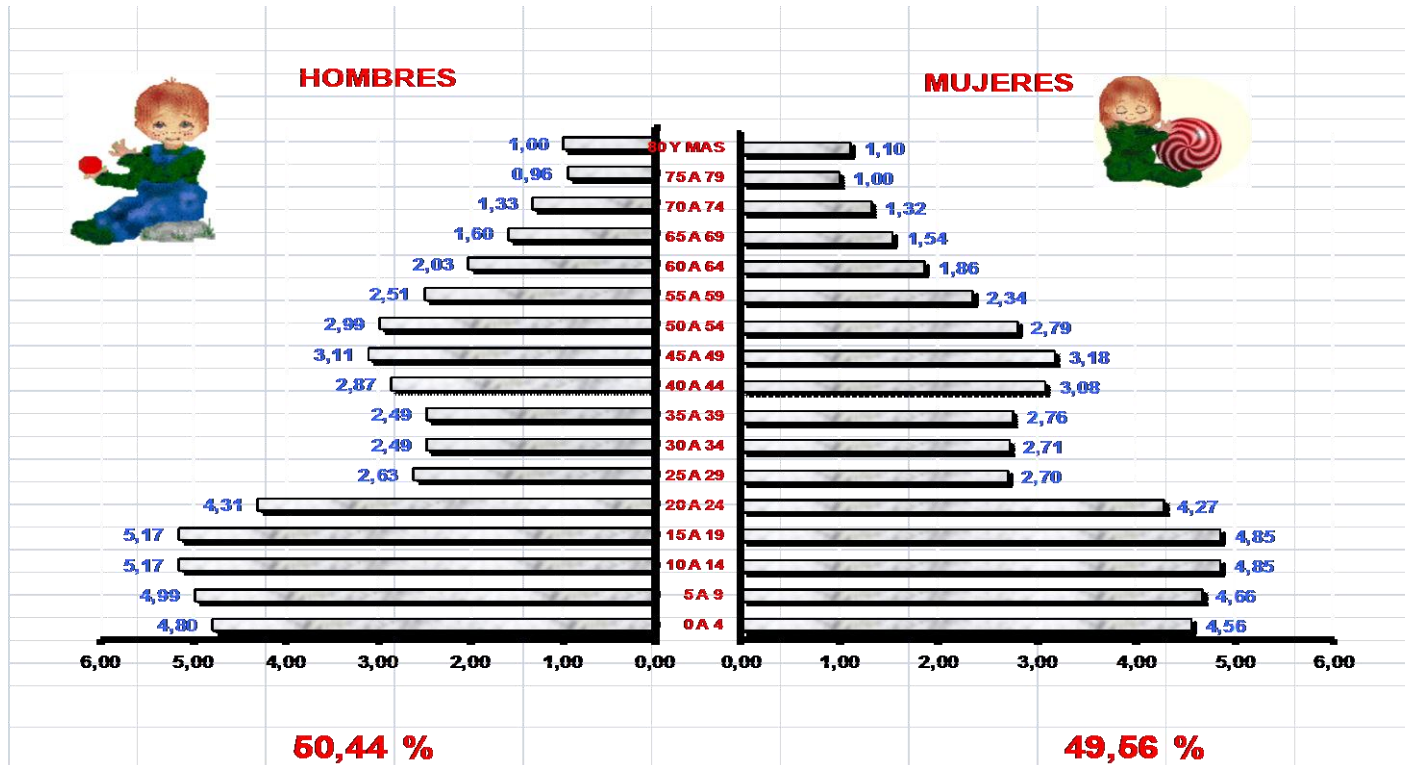


**Tabla Nº.5. Distribución Proporcional de la Población por Grupos Quinquenales y sexo. Líbano, Tolima 2010**

| Grupos Quinquenales | POBLACION 2010 |              |               |              | TOTAL         |
|---------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
|                     | MASCULINO      |              | FEMENINO      |              |               |
|                     | NRO.           | %            | NRO.          | %            |               |
| <b>0 A 4</b>        | 1.985          | 4,80         | 1.886         | 4,56         | <b>3.871</b>  |
| <b>5 A 9</b>        | 2.065          | 4,99         | 1.928         | 4,66         | <b>3.993</b>  |
| <b>10 A 14</b>      | 2.139          | 5,17         | 2.005         | 4,85         | <b>4.144</b>  |
| <b>15 A 19</b>      | 2.139          | 5,17         | 2.006         | 4,85         | <b>4.145</b>  |
| <b>20 A 24</b>      | 1.782          | 4,31         | 1.768         | 4,27         | <b>3.550</b>  |
| <b>25 A 29</b>      | 1.086          | 2,63         | 1.116         | 2,70         | <b>2.202</b>  |
| <b>30 A 34</b>      | 1.029          | 2,49         | 1.122         | 2,71         | <b>2.151</b>  |
| <b>35 A 39</b>      | 1.028          | 2,49         | 1.140         | 2,76         | <b>2.168</b>  |
| <b>40 A 44</b>      | 1.187          | 2,87         | 1.274         | 3,08         | <b>2.461</b>  |
| <b>45 A 49</b>      | 1.286          | 3,11         | 1.314         | 3,18         | <b>2.600</b>  |
| <b>50 A 54</b>      | 1.237          | 2,99         | 1.156         | 2,79         | <b>2.393</b>  |
| <b>55 A 59</b>      | 1.037          | 2,51         | 969           | 2,34         | <b>2.006</b>  |
| <b>60 A 64</b>      | 840            | 2,03         | 769           | 1,86         | <b>1.609</b>  |
| <b>65 A 69</b>      | 662            | 1,60         | 635           | 1,54         | <b>1.297</b>  |
| <b>70 A 74</b>      | 552            | 1,33         | 545           | 1,32         | <b>1.097</b>  |
| <b>75 A 79</b>      | 398            | 0,96         | 412           | 1,00         | <b>810</b>    |
| <b>80 Y MAS</b>     | 414            | 1,00         | 457           | 1,10         | <b>871</b>    |
| <b>TOTAL</b>        | <b>20.866</b>  | <b>50,44</b> | <b>20.502</b> | <b>49,56</b> | <b>41.368</b> |

Fuente: DANE

GRAFICA No 6. PIRAMIDE POBLACIONAL 2010



## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

---

### 2.7.4.3. Proporción de población por pertenencia étnica:

Del total de la población registrada en el municipio de Líbano en el Censo de 2005 (42.269 habitantes) tan solo el 0,20% (85) personas hacían parte de la categoría "Población raizal, palanquera, negro, mulato, afro descendiente". Y no había presencia de comunidades indígenas en la zona. Lo anterior se desprende de la tabla que se presenta a continuación.

**Tabla N°. 6 Proporción de Población por Pertenencia Étnica**

| <b>PERTENENCIA ETNICA</b>                                    | <b>TOTAL</b> | <b>%</b> |
|--|--------------|----------|
| INDIGENAS  | -            | -        |
| POBLACION RAIZAL, PALENQUERA, NEGRO, MULATO, AFRODECENDIENTE | 85           | 0,20%    |
| OTRAS POBLACIONES  | 42.259       | 100 %    |

Fuente Tolima en cifras 2010.

### 2.7.4.4. Dinámica de población:

#### 2.7.4.4.1. Proporción de nacidos vivos por sexo, área geográfica

**Tabla N°. 7. Proporción de Nacidos vivos por sexo, 2005- 2009 Líbano, Tolima**

| <b>AÑO</b>  | <b>% Hombres</b> | <b>% Mujeres</b> |
|-------------|------------------|------------------|
| <b>2005</b> | 50,4             | 49,5             |
| <b>2006</b> | 50,9             | 49               |
| <b>2007</b> | 55,7             | 44,2             |

---

***"UNIDOS POR LA PROSPERIDAD DEL  
LIBANO" |***

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

|             |      |      |
|-------------|------|------|
| <b>2008</b> | 47,7 | 52,2 |
| <b>2009</b> | 51,4 | 48,5 |

Tabla No 8 . Nacidos Vivos por porcentaje

| <b>AÑO</b>  | <b>CABECERA MUNICIPAL</b> | <b>CENTROS POBLADOS</b> | <b>AREA RURAL</b> | <b>SIN INFORMACION</b> |
|-------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|
| <b>2005</b> | 98.3%                     | 0.7%                    | 0.9%              | 0.1%                   |
| <b>2006</b> | 97.9%                     | 0.5%                    | 1.0%              | 0.6%                   |
| <b>2007</b> | 99.5%                     | 0.1%                    | 0.4%              | 0%                     |
| <b>2008</b> | 99.6%                     | 0.4%                    | 0%                | 0%                     |
| <b>2009</b> | 99.7%                     | 0.3%                    | 0%                | 0%                     |

Fuente: DANE

En el Municipio del Líbano se evidencia que la proporción de nacidos vivos con respecto al sexo en los años 2005-2010 predominó en 1% el sexo masculino en relación al sexo femenino.

En cuanto a los nacimientos por área geográfica el 99.6% de los partos fueron atendidos en la cabecera municipal, lo que traduce que el municipio tiene grandes fortalezas en cuanto a la concientización de la población frente a la importancia del parto institucional que se refleja en una reducción importante en cuanto a la morbilidad y mortalidad en el binomio madre e hijo

### **2.7.5. Relación o índice de masculinidad:**



Para el año 2010 el índice de masculinidad corresponde a 101,775, es decir que por cada 100 hombres hay 102 mujeres, una distribución muy equitativa en cuanto al género.

### **2.7.6. Tasa de fecundidad vigencia 2005 - 2009**

La tasa de fecundidad en el municipio del Líbano ha presentado una tendencia muy estática en el periodo de 2005 – 2009, con una variación mínima y con valores muy por encima del promedio nacional y departamental. Es imperativo el trabajo en salud sexual y reproductiva, con el fin de disminuir esta tasa y equilibrarla al promedio nacional.

Nro. de Nacidos Vivos / Total Mujeres Edad Fértil X 100 = Tasa de  
Fecundidad

$$733/11.856 \times 100 = 6.95$$

En el 2009 cada mujer en edad fértil en el municipio del Líbano tiene la probabilidad de tener 7 hijos.

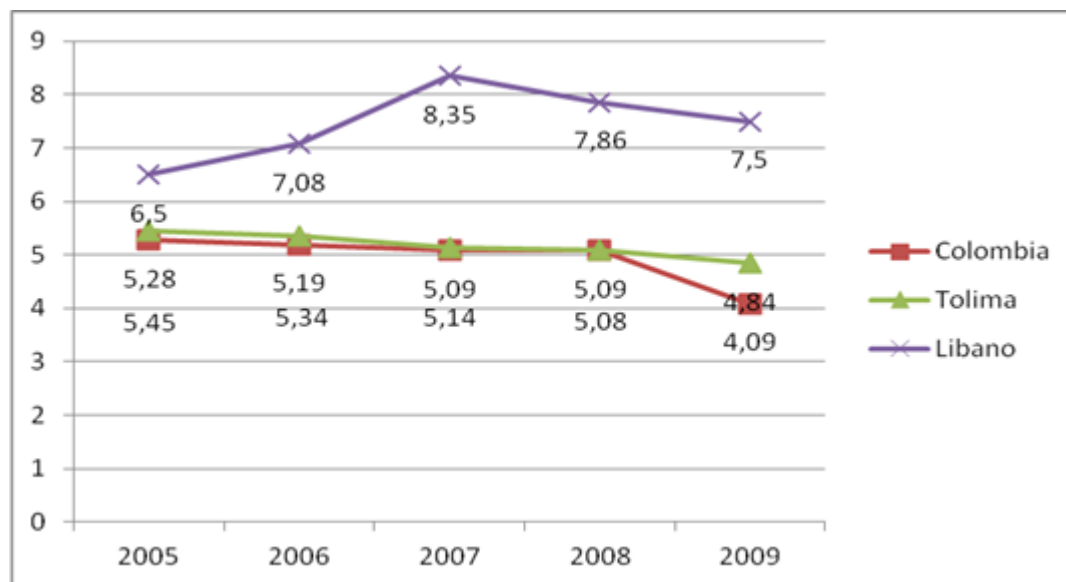
Esta tasa de fecundidad de la vigencia 2009 es tres veces mayor que la del nivel nacional (2.45) y la del nivel departamental (2.65), por lo tanto hay que seguir trabajando en procesos que logren reducir esta tasa fortaleciendo los programas de Salud Sexual y Reproductiva.

**Tabla N°9. Tasa de fecundidad 2005 – 2009. Comparativo Tasa Nacional, departamental y municipal**

| AÑO  | TASA COLOMBIA | TASA TOLIMA | TASA LIBANO |
|------|---------------|-------------|-------------|
| 2005 | 5,28          | 5,45        | 6,50        |
| 2006 | 5,19          | 5,34        | 7,08        |
| 2007 | 5,09          | 5,14        | 8,35        |
| 2008 | 5,09          | 5,08        | 7,86        |
| 2009 | 4,09          | 4,84        | 7,50        |

Fuente: DANE

**Gráfica No 7. Tasa de fecundidad 2005 – 2009. Comparativo Tasa Nacional, Departamental y Municipal**



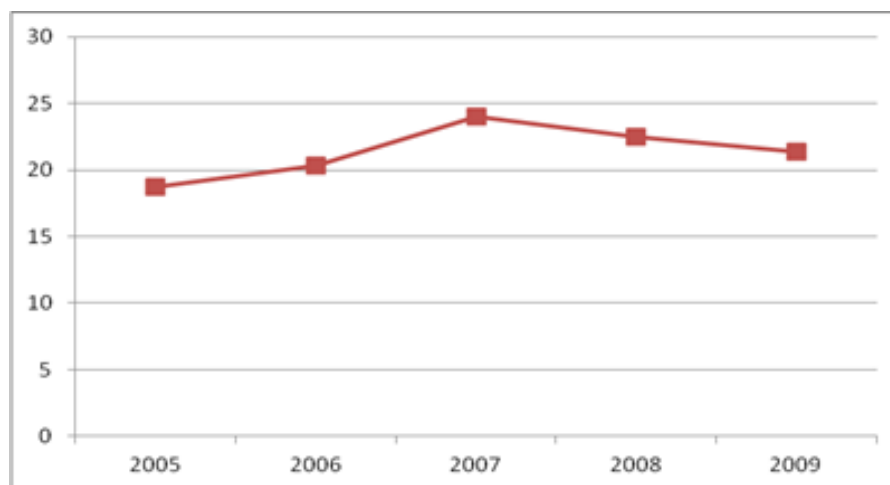
### 2.7.7. Tasa bruta de natalidad

La Tasa bruta de natalidad en el municipio presenta un comportamiento variable con incrementos progresivos hasta el año 2007 y con una tendencia descendente a partir del año 2008. Estos datos se correlacionan con el incremento en las coberturas del programa de planificación familiar que coadyuvan al comportamiento de este indicador.

**Tabla N° 10 . Tasa Bruta de Natalidad x 1000 hab. Líbano, Tolima.  
2005 – 2009**

| AÑO  | NACIDOS VIVOS | POBLACION TOTAL | TASA |
|------|---------------|-----------------|------|
| 2005 | 791           | 42.269          | 18,7 |
| 2006 | 858           | 42.080          | 20,3 |
| 2007 | 1.006         | 41.897          | 24,0 |
| 2008 | 941           | 41.723          | 22,5 |
| 2009 | 890           | 41.541          | 21,4 |

**Gráfica No 8. Tasa bruta de natalidad x 1000 hab. Líbano, Tolima.  
2005 – 2009**



### 2.7.8. Proporción de bajo peso al nacer

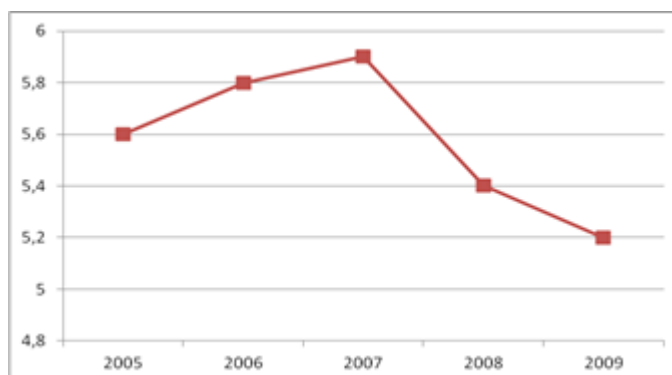
La proporción de bajo peso al nacer en los recién nacidos del municipio ha mostrado una tendencia decreciente con un incremento importante en el año 2007 pero con una marcada disminución de este indicador, en gran medida por la implementación de los programas especializados de maternidad segura que incluyen la atención prenatal, control posparto y planificación familiar.

**Tabla N°11. Proporción de Bajo Peso al Nacer. Líbano, Tolima 2005 – 2009**

| <b>AÑO</b>  | <b>NACIDOS VIVOS</b> | <b>BPN</b> | <b>%</b> |
|-------------|----------------------|------------|----------|
| <b>2005</b> | 791                  | 45         | 5.6%     |
| <b>2006</b> | 858                  | 50         | 5.8%     |
| <b>2007</b> | 1.006                | 60         | 5.9%     |
| <b>2008</b> | 941                  | 51         | 5.4%     |
| <b>2009</b> | 890                  | 47         | 5.2%     |

Fuente: Dane

**Gráfica No 9. Proporción de Bajo Peso al Nacer. Líbano, Tolima 2005 – 2010**



### 2.7.9. Tasa de Mortalidad General

El comportamiento de la mortalidad general, en comparación con la tasa Nacional, siempre el municipio del Líbano está por encima en promedio por 23,2 puntos y con la tasa departamental en 15 puntos.

**Tabla N°12. Tasa de mortalidad general por 10.000 Habitantes Comparativo Nacional, Departamental y Municipal 2005-2009**

| AÑO  | COLOMBIA | TOLIMA | LIBANO |
|------|----------|--------|--------|
| 2005 | 44       | 53     | 63     |
| 2006 | 44,4     | 52     | 66     |
| 2007 | 44,1     | 54     | 71     |
| 2008 | 44,3     | 52     | 70     |
| 2009 | 44       | 50     | 66     |

**2.7.10. Tasa de mortalidad infantil 2005-2009**

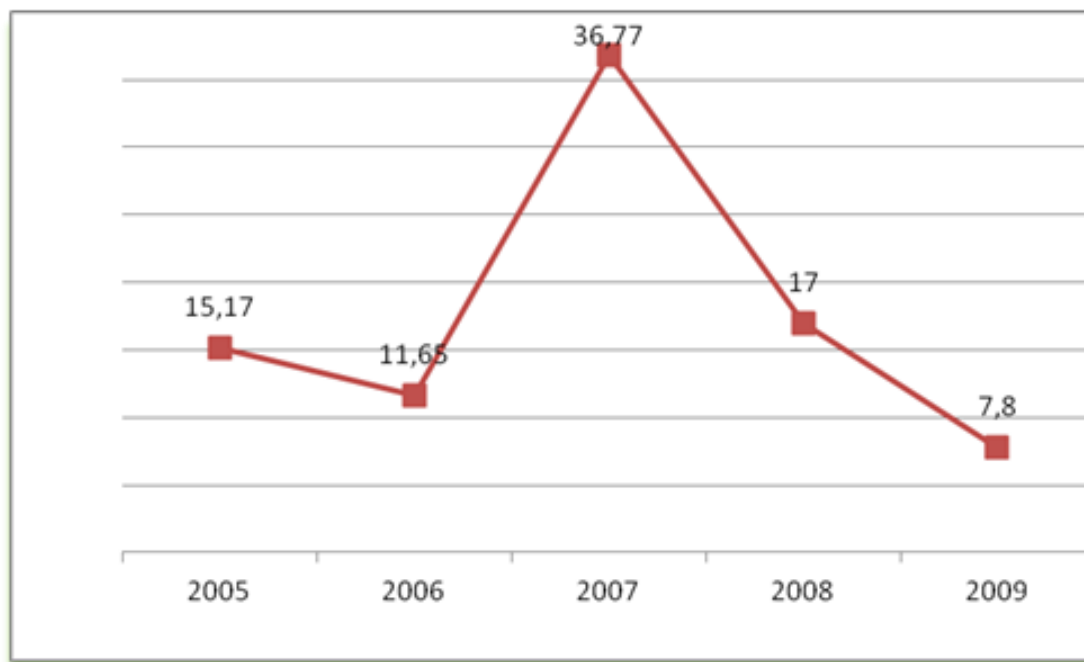
En el Líbano la tasa de mortalidad infantil en el 2005 fue de 15.7, para el 2006 tuvo una disminución dando como resultado una tasa de 11.65, pero aumento significativamente en el 2007. En este año la tasa llego a 36.77,y En el 2008 - 2009 se presentó una evidente disminución en las tasas 17 y 7.8 respectivamente.

**Tabla N°13. Tasa de Mortalidad Infantil x 1000 Líbano 2005 – 2009**

| <b>AÑO</b>  | <b>N° DE CASOS</b> | <b>TASA</b> |
|-------------|--------------------|-------------|
| <b>2005</b> | 12                 | 15.17       |
| <b>2006</b> | 10                 | 11.65.      |
| <b>2007</b> | 37                 | 36.77       |
| <b>2008</b> | 16                 | 17          |
| <b>2009</b> | 7                  | 7.8         |

Fuente: Dane

**Grafico N° 10. Tasa de mortalidad infantil x 1000 Líbano 2005 – 2009**



### **2.7.11. Tasa mortalidad en menores de 5 años.**

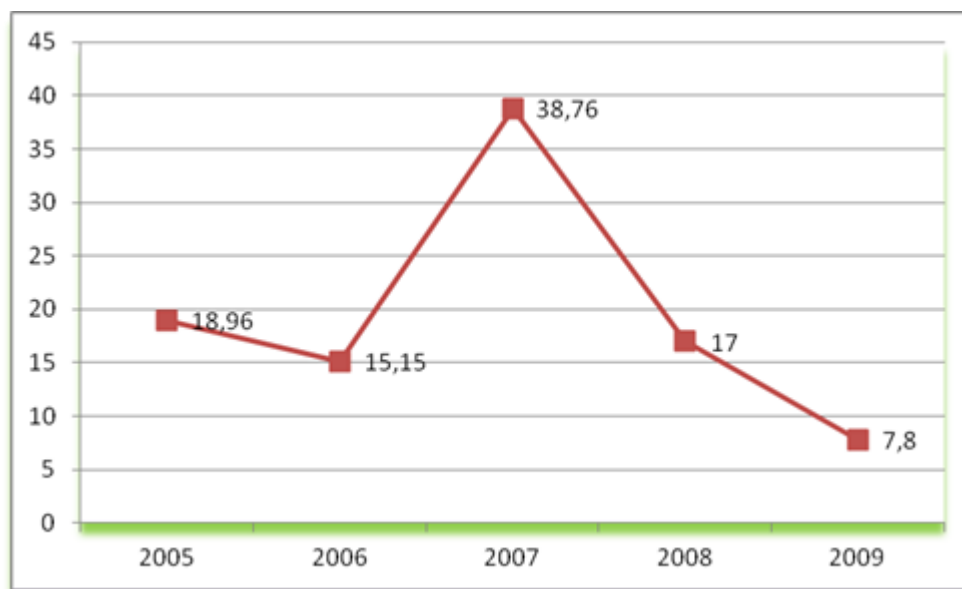
La mortalidad en menores de 5 años en el municipio presenta semejanza en las tasas en los años 2005 (18,96) 2006 (15,15) y 2008 (17), pero en el año 2007 se evidencia un aumento significativo en la tasa ya que llegó al máximo nivel en este periodo con una tasa de 38,76, teniendo en cuenta que el porcentaje de nacidos vivos en este mismo año presentó un aumento con relación a los años anteriores. El 2009 la tasa llegó al nivel más bajo del periodo con una tasa de 7.8.

**Tabla N°14. Tasa Mortalidad en Menores de 5 años x 1000 Líbano Tolima 2005-2009**

| <b>AÑO</b>  | <b>No CASOS MENORES 5 AÑOS</b> | <b>TASA</b> |
|-------------|--------------------------------|-------------|
| <b>2005</b> | 15                             | 18,96       |
| <b>2006</b> | 13                             | 15,15       |
| <b>2007</b> | 39                             | 38,76       |
| <b>2008</b> | 16                             | 17          |
| <b>2009</b> | 7                              | 7,8         |

Fuente: DANE

**Gráfico No11. Tasa mortalidad en menores de 5 años x 1000 Líbano Tolima 2005-2009.**





### 2.7.12. Razón de Mortalidad Materna

El comportamiento de la mortalidad materna en el municipio no presenta mayores variaciones. Se presentó de a un caso en los años: 2005, 2008 y 2009. Y ningún caso en los años 2006 y 2007. En el municipio se siguen adelantando los programas de maternidad segura y se resalta la vinculación del mismo como un municipio amigo de la mujer y la infancia.

**Tabla N°15 Razón de mortalidad materna y perinatal. Líbano, Tolima 2005-2009.**

| AÑO  | MORTALIDAD MATERNA |           |
|------|--------------------|-----------|
|      | CASOS              | TASA*1000 |
| 2005 | 1                  | 1.39      |
| 2006 | 0                  | 0         |
| 2007 | 0                  | 0         |
| 2008 | 1                  | 1.62      |
| 2009 | 1                  | 1.24      |

Fuente: Datos Infancia y adolescencia Tolima

### 2.7.13. Población económicamente activa

La Mayoría de la población económicamente activa del municipio del Líbano oscila entre los 16 y 64 años de edad en promedio, con un porcentaje por sexo del 47% en la Mujer y un 53% en el Hombre.

### **2.7.14. Tasa de Empleo:**

A nivel urbano se ha incrementado enormemente la economía informal conocida como "rebusque". A nivel técnico profesional, los empleadores son las entidades bancarias, instituciones públicas como la alcaldía, EMSER (Empresa de Servicios Públicos del Líbano), el Hospital Regional, el Magisterio, ICBF, Diócesis Líbano-Honda, la policía, centro penitenciario, sector industrial como la avícola colombiana, la cooperativa de caficultores, Comité de cafeteros, las explotaciones auríferas, etc.

No se tiene dato de la tasa de desempleo y se toma como población económicamente activa la comprendida entre 16 y 64 años de edad que son un 58% del total de la población (24.238 personas).

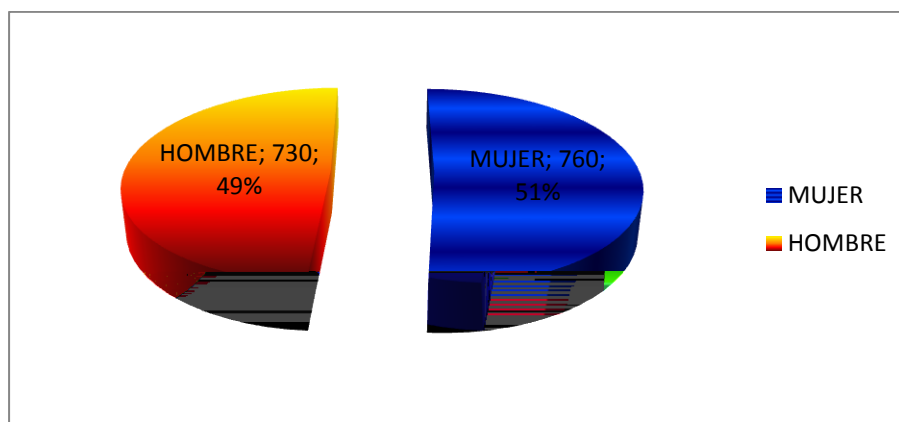
El Municipio del Líbano no cuenta con un dato oficial de la tasa de desempleo, pero se tiene como referencia la tasa de desempleo del departamento del Tolima, la cual se encuentra en un 15.9%, siendo el tercer Departamento entre los 32 departamentos colombianos, antecediéndonos los Departamentos de Quindío y la Guajira

### **2.7.15. Población Desplazada**

La población total en situación en desplazamiento comprende los 356 núcleos, conformados por 1.490 personas de las cuales la distribución por sexo es de 51% de mujeres y 49% de hombres.

Dentro del total de la población se registran 10 mujeres en embarazo y 15 lactantes que sumadas conforman el 1,67% de la totalidad de población registrada en la encuesta.

**Grafica No 12. Distribución Población Desplazada por sexo**



En cuanto a la procedencia de la Población en situación de Desplazamiento, esta es diversa de todo el país, estando la mayor representación en la población de otros municipios del departamento del Tolima. Ver cuadro Procedencia de la población.

**TABLA N° 16. Procedencia de la Población Desplazada residente en el Líbano 2009**

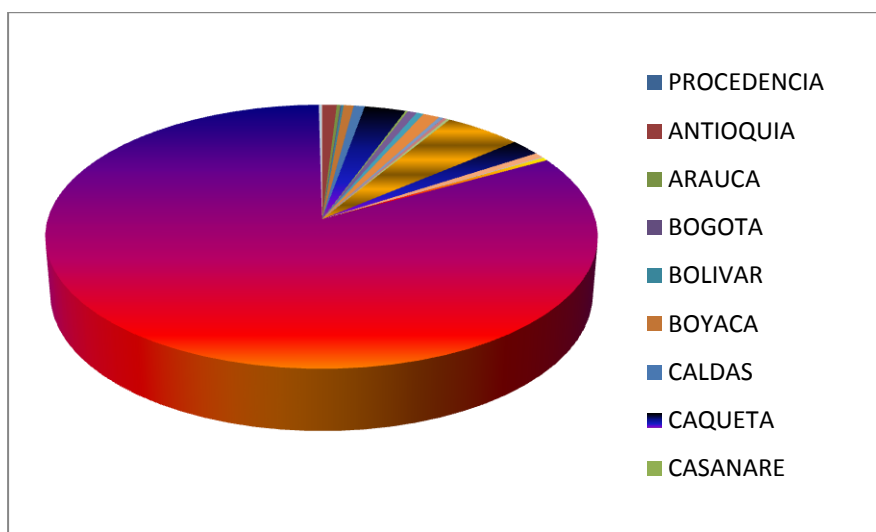
| Nro. | PROCEDENCIA | NRO. PERSONAS | %    | Nro. | PROCEDENCIA | NRO. PERSONAS | %    |
|------|-------------|---------------|------|------|-------------|---------------|------|
| 1    | ANTIOQUIA   | 32            | 0.97 | 12   | GUAVIARE    | 10            | 0.30 |
| 2    | ARAUCA      | 8             | 0.24 | 13   | HUILA       | 8             | 0.24 |
| 3    | BOGOTA      | 2             | 0.06 | 14   | GUAJIRA     | 7             | 0.21 |
| 4    | BOLIVAR     | 5             | 0.15 | 15   | MAGDALENA   | 169           | 5.14 |
| 5    | BOYACA      | 22            | 0.66 | 16   | META        | 66            | 0.2  |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

|    |             |    |      |    |                 |       |      |
|----|-------------|----|------|----|-----------------|-------|------|
| 6  | CALDAS      | 24 | 0.73 | 17 | PUTUMAYO        | 21    | 0.63 |
| 7  | CAQUETA     | 90 | 2.74 | 18 | RISARALDA       | 3     | 0.09 |
| 8  | CASANARE    | 5  | 0.15 | 19 | SANTANDER       | 13    | 0.39 |
| 9  | CAUCA       | 20 | 0.60 | 20 | TOLIMA          | 2.720 | 82.8 |
| 10 | CESAR       | 16 | 0.48 | 21 | VALLE DEL CAUCA | 2     | 0.06 |
| 11 | CUNDINMARCA | 36 | 1.1  | 22 | VICHADA         | 5     | 0.15 |

Fuente: Acción Social. Registro Único de Población Desplazada

**Grafica N° 13. Procedencia de la Población Desplazada residente en el Líbano 2009**



El municipio cuenta con un comité de desplazados coordinado por la secretaria de Gobierno y dos asociaciones de desplazados, han sido beneficiados de los programas del gobierno nacional con la aprobación de créditos del Banco Agrario y subsidio familiar de vivienda, en la actualidad se

está llevando a cabo el SINAIPD (Sistema Nacional De Atención Integral a la Población Desplazada).

Las actividades que desarrolla el municipio con población en situación de Desplazamiento están orientadas a atender la emergencia, el arriendo temporal, el auxilio trimestral, la atención psicosocial, la atención en salud, promoción y prevención, el subsidio económico para nutrición de niños y niñas menores de 7 años, y el subsidio educativo para niños, niñas y adolescentes de primaria y bachillerato a través del Programa presidencial Familias en Acción.

Se ha apoyado proyectos productivos, e iniciativas de negocios donde participan niños, niñas, jóvenes y padres de familia y a través de la Gobernación del Tolima y la Alcaldía se apoyó el proyecto de cultivo de caracoles.

### **2.8. Sisben**

El sistema de identificación y selección de beneficiario SISBEN se encuentra en la estructura orgánica de la dependencia de Planeación Municipal, con una persona a cargo, vinculada por contrato de prestación de servicios.

Las actividades que realiza esta dependencia: Entrega de carné a la población, recepción de solicitud de encuestas, solicitudes de retiros, certificaciones de retiros, ingresos de menores de edad en fichas existentes, entrega de base de dato a la Dirección local de salud, actualización de

documentos (Registro Civil, Tarjeta de identidad y cedula), enviar información a Planeación Departamental,

Mantener la base de dato actualizada y tener los archivos y soportes del SISBEN.

### **2.9 Secretaria de Planeación con funciones en Salud**

El número de funcionarios que la Secretaria de Planeación en la sección grupo Salud tiene a su cargo son cuatro: El Coordinador Local de Salud, una auxiliar administrativa, un administrador de la base de datos del régimen subsidiado y un depurador de la base de datos del régimen subsidiado.

#### **2.10. Diagnóstico Financiero**

En el Municipio de Líbano, se financia el FONDO LOCAL DE SALUD por el Sistema General de participaciones con tres cuentas a saber, Demanda la cual se utiliza para la financiación del Régimen Subsidiado, con situación de fondos; Oferta en su componente Aportes Patronales, para la atención de Población pobre no asegurada y procedimientos NO POS-S, sin situación de fondos y por ultimo Salud Publica para la financiación de las actividades contempladas en Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

El régimen subsidiado también es financiado por la fuente de FOSYGA, como ultima financiación del estado central. En cuanto al departamento concurre con dineros de esfuerzo propio y el municipio concurre con recursos de

ETESA, regalías, rendimientos financieros, saldos financieros y ahorro de funcionamiento aportados a inversión.

La principal fuente de financiación de la inversión municipal es el sistema general de participaciones aportando el 93% de los recursos dispuestos de acuerdo a la ley 715 de 2001, seguido de las cofinanciaciones del nivel nacional y departamental. Las regalías aportan \$33 millones para inversión social.

En general, observando la estructura de Ingresos, la principal fuente de financiación sigue siendo las transferencias nacionales, principalmente del SGP, las cuales se incrementaron en un 8% entre 2005 y 2006. La recaudación tributaria permaneció estable al presentar recaudos totales en el 2005 de \$2.228 millones y en el 2006 de \$2.349 millones.

Los ingresos del municipio de El Líbano dependen del sector agropecuario, especialmente del cultivo de café, del sector comercial, de la parte minera y avícola y en menor porcentaje el sector público y privado como entidades bancarias, alcaldía, gremio cafetero, Diócesis Líbano-Honda, y la economía ambulante que debido a la crisis ha aumentado considerablemente, generándose una invasión del Espacio Público.

### **2.11. Distribución Poblacional Por Estado de Aseguramiento**

#### **2.11.1. Aseguramiento por Régimen Subsidiado**

El municipio cuenta actualmente con la afiliación de 26.905 personas en el SGSSS a través de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

---

Subsidiado EPS-S, las cuales se encuentran afiliadas en las EPS-S ASMET SALUD, CAFESALUD, CAPRECOM, COMFENALCO y ECOOPSOS.

**Tabla N°17. Distribución Poblacional por Régimen Subsidiado**

| EPS-S       | Nº AFILIADOS | % AFILIACION |
|-------------|--------------|--------------|
| ASMET SALUD |              |              |



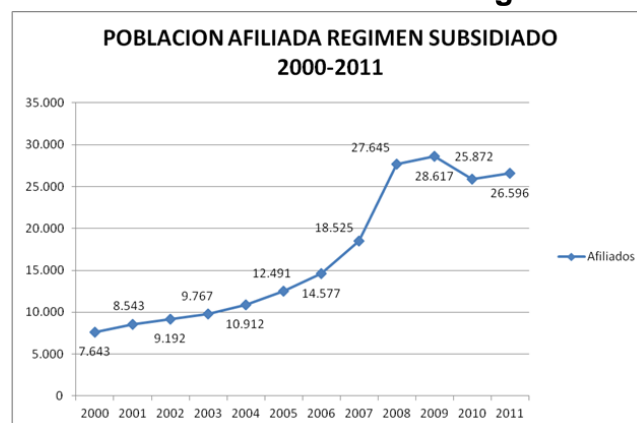
## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

las EPS-S, y al entrar a realizar los pagos a las EPS-S únicamente por los afiliados efectivamente cargados en la BDU (Base Datos Única de Afiliados) administrada por el FOSYGA, se ve un tasa de decrecimiento del -9.59, afectada por la reducción de afiliados de 28.617 en la vigencia 2009 a 25.872 en la vigencia 2010. Ya en la vigencia 2011 se ve un aumento en la tasa de crecimiento del 2.80, pero esta ya hace referencia únicamente a los afiliados efectivamente cargados en la BDU del FOSYGA.

**Tabla N°18. Base de Datos Régimen Subsidiado BDU FOSYGA**

| Régimen Subsidiado | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Afiliados          | 7.643 | 8.543 | 9.192 | 9.767 | 10.912 | 12.491 | 14.577 | 18.525 | 27.645 | 28.617 | 25.872 | 26.596 |
| Tasa crecimiento   | -     | 11.78 | 7.60  | 6.26  | 11.72  | 14.47  | 16.70  | 27.08  | 49.23  | 3.52   | -9.59  | 2.80   |

**Grafica No.15. Datos bases de datos Régimen Subsidiado**



Fuente: Tolima en Cifras y BDU Fosyga 2011

### 2.11.2. Aseguramiento Régimen Contributivo

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

---

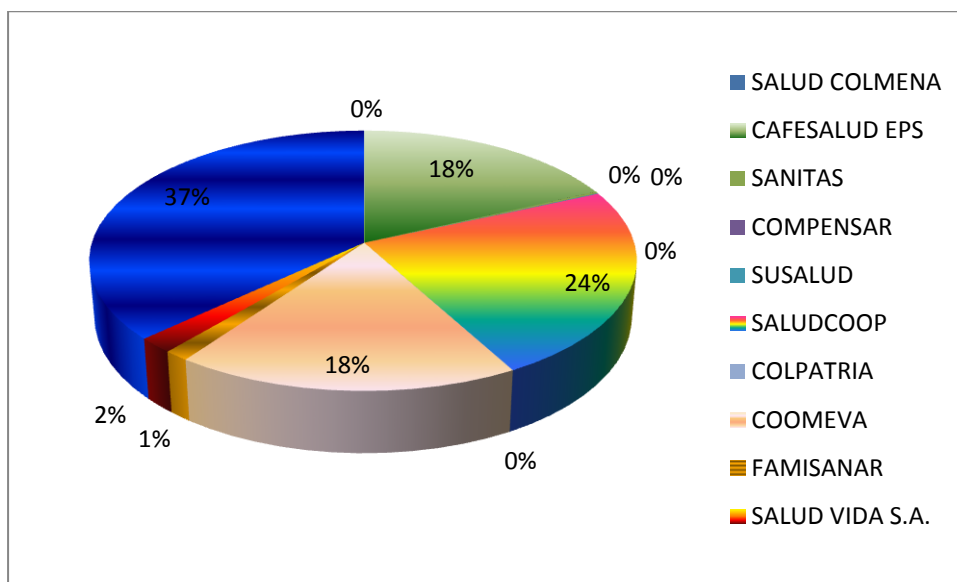
En el Régimen Contributivo el municipio cuenta actualmente con la afiliación de 7.552 personas en estado ACTIVO en el SGSSS a través de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo EPS-C, las cuales se encuentran afiliadas en las EPS-S SALUD COLMENA, CAFESALUD EPS-C, SANITAS, COMPENSAR, SUSALUD, SALUDCOOP, COLPATRIA, COOMEVA, FAMISANAR, SALUD VIDA y NUEVA EPS.

**Tabla N°19. Afiliados Régimen Contributivo**

| <b>NOMBRE EPS-C</b> | <b>Nº AFILIADOS</b> | <b>% AFILIACION</b> |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| SALUD COLMENA       | 1                   | 0.01                |
| CAFESALUD EPS       | 1362                | 18.03               |
| SANITAS             | 17                  | 0.23                |
| COMPENSAR           | 1                   | 0.01                |
| SUSALUD             | 5                   | 0.07                |
| SALUDCOOP           | 1788                | 23.68               |
| COLPATRIA           | 2                   | 0.03                |
| COOMEVA             | 1347                | 17.84               |
| FAMISANAR           | 97                  | 1.28                |
| SALUD VIDA S.A.     | 143                 | 1.89                |
| NUEVA EPS           | 2789                | 36.93               |
| <b>TOTAL</b>        | <b>7552</b>         | <b>100.00</b>       |

**Grafico No16. Porcentaje Afiliados Régimen Contributivo**

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

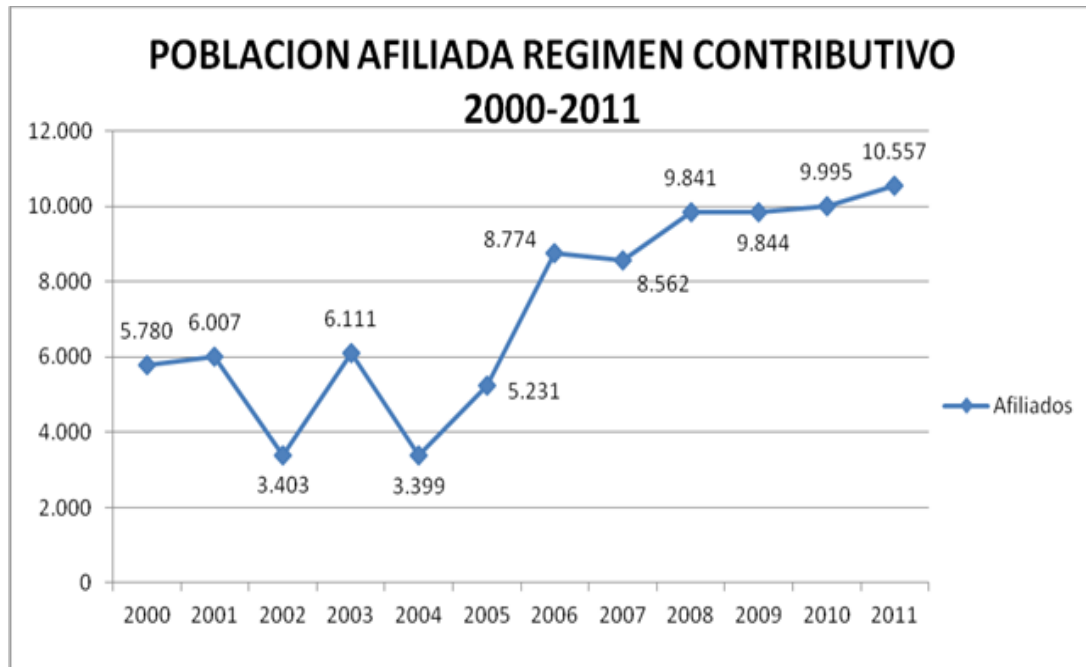


En el municipio del Líbano en los últimos años, ha tenido un aumento gradual de la población afiliada al Régimen Contributivo, gracias a las políticas nacionales, departamentales y municipales dentro de las posibilidades de la realización de las actividades de seguimiento de la elusión y la evasión al SGSSS, pero la gran falencia sigue siendo la falta de personal capacitado para realizar el seguimiento y la falta de recursos que permitan el mismo.

**Tabla N°20. Afiliados al Régimen Contributivo 2000 - 2011**

| Régimen contributivo | 2000  | 2001  | 2002   | 2003  | 2004   | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011   |
|----------------------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Afiliados            | 5.780 | 6.007 | 3.403  | 6.111 | 3.399  | 5.231 | 8.774 | 8.562 | 9.841 | 9.844 | 9.995 | 10.557 |
| Tasa crecimiento     | -     | 3,93  | -43,35 | 79,58 | -44,38 | 53,90 | 67,73 | -2,42 | 14,94 | 0,03  | 1,53  | 5,62   |

**Grafico No17. Población Régimen Contributivo**



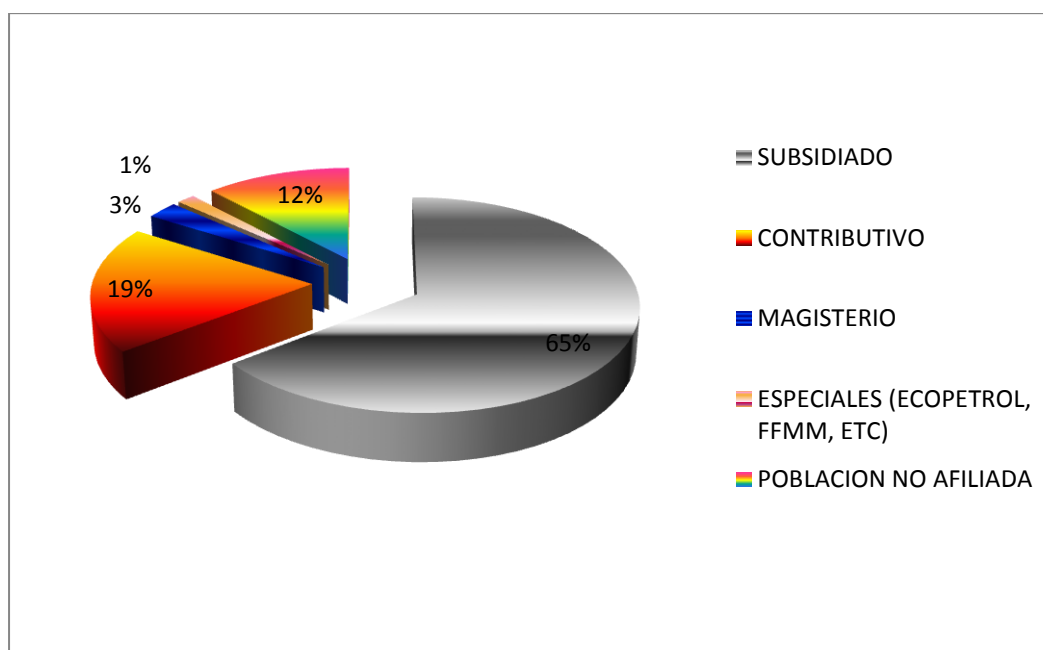
### 2.11.3. Cobertura de Afiliación al SGSSS

El municipio cuenta con base en la población DANE al año 2011 con un total de población de 41190, de las cuales el 64.57% están afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud, el 19.33% están afiliadas en el Régimen Contributivo, el 2.62% hacen parte de los afiliados al Régimen Especial del magisterio, el 1.5% proyectado hacen parte del Régimen especial de las fuerzas armadas y otros Regímenes especiales y el 11.97% corresponde a población sin ningún tipo de afiliación.

**Tabla N°21. Cobertura de Aseguramiento al SGSSS**

| REGIMEN                           | Nº AFILIADOS | % AFILIACION CON BASE EN DANE |
|-----------------------------------|--------------|-------------------------------|
| SUBSIDIADO                        | 26596        | 64.57                         |
| CONTRIBUTIVO                      | 7963         | 19.33                         |
| MAGISTERIO                        | 1081         | 2.62                          |
| ESPECIALES (ECOPETROL, FFMM, ETC) | 618          | 1.50                          |
| POBLACION NO AFILIADA             | 4932         | 11.98                         |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>41190</b> | <b>100</b>                    |

**Gráfico No18. Aseguramiento por SGSSS**



**2.11.4. Cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada.**

El municipio cuenta con base en la población SISBEN al año 2011 con un total de población de 30.648, de las cuales el 59.67% están afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud, el 11.59% están afiliadas en el Régimen Contributivo, el 1.93% hacen parte de los afiliados a los Regímenes

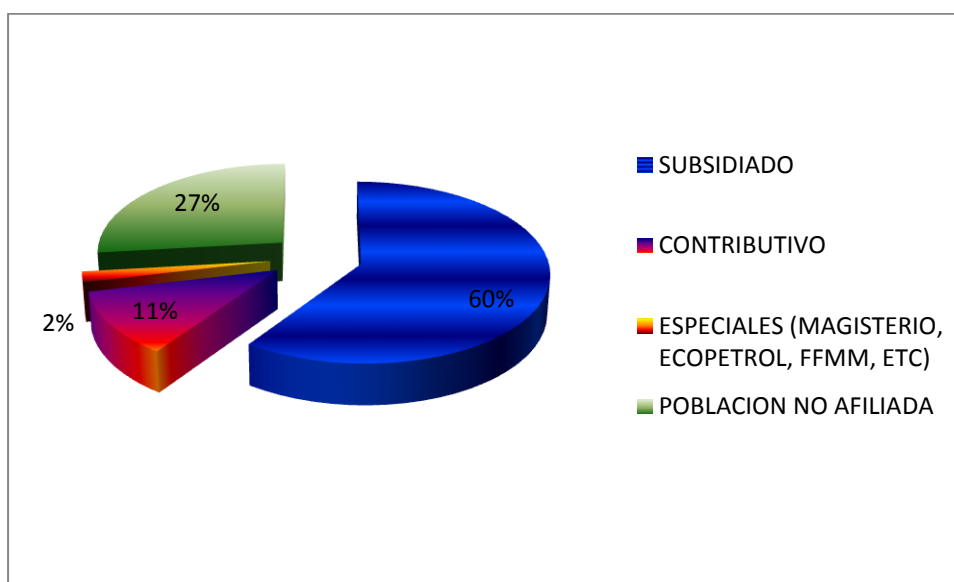
## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

Especiales del magisterio, FFMM y otros Regímenes especiales y el 26.81% corresponde a población sin ningún tipo de afiliación.

**Tabla No. 22. Cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada**

| REGIMEN                                       | Nº AFILIADOS | % AFILIACION CON BASE EN SISBEN |
|---|--------------|---------------------------------|
| SUBSIDIADO                                    | 18288        | 59.67                           |
| CONTRIBUTIVO                                  | 3553         | 11.59                           |
| ESPECIALES (MAGISTERIO, ECOPETROL, FFMM, ETC) | 591          | 1.93                            |
| POBLACION NO AFILIADA                         | 8216         | 26.81                           |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>30648</b> | <b>100</b>                      |

**Grafico No.19 . Porcentaje de Afiliación con Base en Sisben III**



## **2.12 RIESGOS SANITARIOS Y DE MEDIO AMBIENTE**

### **2.12.1. Calidad de Agua**

El agua apta para el consumo humano es tratada por la Empresa de Servicios Públicos EMSER ESP en la zona Urbana, la cual se mide del índice de riesgo de la calidad del agua de acuerdo a los siguientes parámetros:

|              |             |                     |
|--------------|-------------|---------------------|
| SIN RIESGO   | 0% - 5%     | <b>LIBANO: 4.8%</b> |
| BAJO RIESGO  | 5.1% - 14%  |                     |
| MEDIO RIESGO | 14.1% - 35% |                     |
| ALTO RIEGO   | 35.1% - 80% |                     |
| INVIABLE     | 81% y mas   |                     |

Lo que demuestra que la calidad del agua de la zona Urbana no representa riesgo para la Salud Humana.-

### **2.12.2. Cobertura de acueducto, alcantarillado y agua potable en la zona Urbana y Rural del Municipio del Líbano**

La cobertura respecto a los servicios de agua potable y acueducto en el área Urbana es del 100% representado en 5.954 viviendas y el servicio de alcantarillado y aseo es de un 90% representado en 5.395 viviendas.

### **2.12.3. Disposición de residuos sólidos en el Municipio del Líbano**

La Empresa de servicios públicos EMSER, presta el servicio de recolección de basuras en el área urbana con un cubrimiento del 90% a nivel domiciliario; La disposición final de estos residuos es realizada por convenio con el Municipio de Girardot, para lo cual diariamente es transportada con las medidas adecuadas a una planta de tratamiento ubicada en la inmediaciones del Municipio de Girardot.-

### **2.12.4. Disposición de Residuos líquidos en el Municipio del Líbano**

Los residuos líquidos del Municipio del Líbano no tienen una adecuada disposición final, ya que van directamente a las quebradas de Santa Rosa y San Juan, pues no se cuenta con plantas de tratamiento de aguas residuales en el área urbana y en el área Rural también se carece de servicio de alcantarillado.

## **2.16. EDUCACION**

El 72% de los planteles encargados de la prestación del servicio educativo en el municipio de Líbano se encuentran ubicados en la zona rural. La nueva organización del sector indica que en el municipio existen 11 Instituciones y 2 Centros Educativos con 84 sedes. De todas ellas cinco pertenecen al sector no oficial.

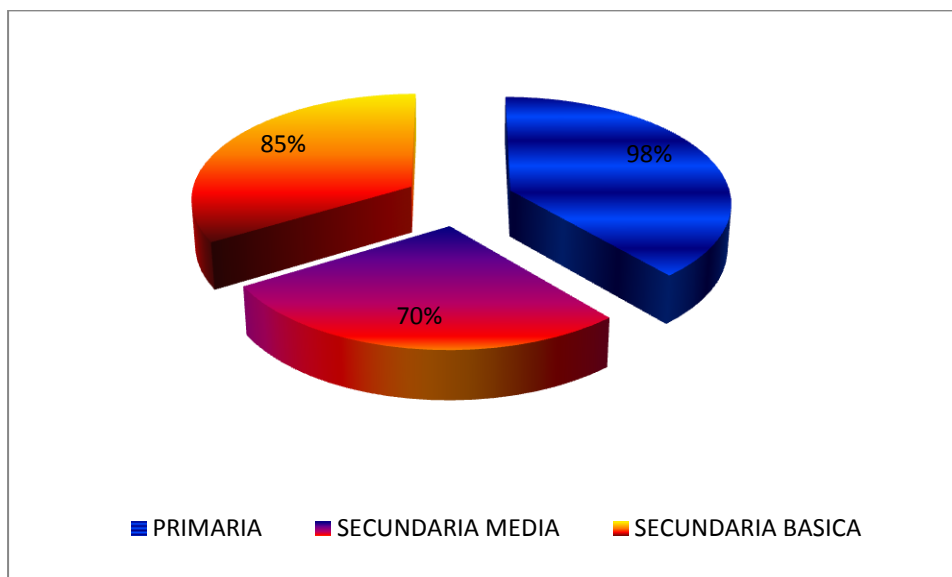


**Tabla N°23. Porcentaje de Cobertura Educativa**

| NIVEL EDUCATIVO   | PORCENTAJE DE COBERTURA |
|-------------------|-------------------------|
| PRIMARIA          | 98 %                    |
| SECUNDARIA MEDIA  | 70 %                    |
| SECUNDARIA BASICA | 85 %                    |

FUENTE: Secretaria de Educación Municipal datos a 1 de Marzo de 2010.

**Grafico No 20. Porcentaje Cobertura en Educación**



### 2.16.1. Analfabetismo

Según los datos del censo de 2005, en el municipio de Líbano el 85,2% de la población de 5 años y más sabe leer y escribir. Quienes saben leer y escribir se ubica el 88,8% en la zona urbana y el 79,4% en la zona rural. Estas estadísticas muestran que de cada 100 personas mayores de cinco años, 15 no saben leer ni escribir.

### **2.16.2. Porcentaje de deserción escolar:**

Para el año 2010 el porcentaje de niños y niñas entre los 5 y 6 años matriculados en grado cero es de 70.54%. En cuanto a los niveles de repitencia, deserción y traslados se encuentran en 404 y 341 alumnos respectivamente, es decir una tasa de deserción escolar del 8%, fenómenos dados por desplazamientos forzados, fenómenos naturales, población flotante, crisis económica, deficiencias pedagógicas, desniveles académicos, falta de motivación, evidenciándose que el área rural y la urbana rural son las zonas más afectadas, aunque para el año 2011 a 1 de Marzo la deserción escolar para el municipio del Líbano a legado a un 5 %.

### **2.16.3. Educación Formal**

Según los datos revelados por el Departamento Nacional de Estadísticas – DANE – correspondientes al censo de población del año 2005, el municipio de Líbano presenta una población total 41.269 habitantes de los cuales el 61,96% reside en la cabecera municipal y el 38,04% en la zona rural. Del total de su población, el 49,9% son hombres y el 51,1 son mujeres. El 24,3% de la población de 3 a 5 años (preescolar) asiste a un establecimiento educativo formal; el 81,2% de la población de 6 a 10 años (Básica primaria) y el 73,4% de la población de 11 a 17 años (Básica Secundaria y Media). El 44,3% de la población residente en Líbano, ha alcanzado el nivel básico ciclo primaria y el 28,1% básica secundaria; el 4,1% ha alcanzado el nivel profesional y el 0,7% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado.

### **2.13.4. Educación Superior**

En este aspecto en el Líbano está funcionando el Centro de Educación Superior “Ceres Parque de los Nevados”. Confluyen en él las ofertas educativas de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, la Corporación Unificada Superior CUN, la Universidad del Tolima, la Escuela Superior de Administración Pública ESAP y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA.

Cerca de 300 alumnos adelantan sus estudios en este Centro en diferentes carreras, siendo la Universidad de mayor cobertura la UNAD con 120 estudiantes. El Sena presta capacitación a un promedio de 300 personas año en las modalidades de Tecnologías y Expertos.

### **2.17. VIVIENDA**

En el Líbano la vivienda urbana, aunque ha mejorado considerablemente en los últimos años, puede decirse que la hay de todos los niveles que oscilan entre buena, regular y mala; la vivienda en término general es buena con base en la edad, la calidad de los materiales de construcción, al estrato socioeconómico, de la arquitectura y de la funcionalidad es variada y dispersa.

La vivienda rural, es diversa y variada, buena, regular y mala, como en la cabecera municipal, lo cual esta íntimamente relacionado con el nivel de ingreso de los propietarios y la destinación principal del inmueble; en promedio la vivienda rural campesina dispone de tres alcobas, el 50% cuenta

con sala independiente, y el 65% la cocina se encuentra integrada a la vivienda.

### **2.18. COMUNICACIONES**

En el municipio de El Líbano existe dos canales regionales y una emisora comunitaria local.

### **2.16. TRANSPORTE**

Al municipio de El Líbano se puede llegar de diferentes formas partiendo desde Bogotá por vías pavimentadas en su totalidad en un recorrido de 217 Km.; de igual manera se articula con Ibagué mediante un carretable pavimentado de excelentes características en un recorrido de 125 Km.; además se comunica con Manizales mediante una vía en proceso de pavimentación en un recorrido de 91 Km., pasando por el Municipio de Murillo; también se comunica con Villahermosa y Casabianca.

El transporte de pasajeros intermunicipal en El Líbano está representado por la empresa VELOTAX, Rápido Tolima, y Cootralibano que cubre rutas con de Bogotá, Ibagué, Manizales, y las ciudades intermedias que los integra vialmente.

## 2.17. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

### 2.17.1. Proporción de población en Necesidades básicas insatisfechas (NBI):

**Tabla N°24. Proporción de población con Necesidades básicas insatisfechas (NBI) en el municipio del Líbano Tolima año 2011.**

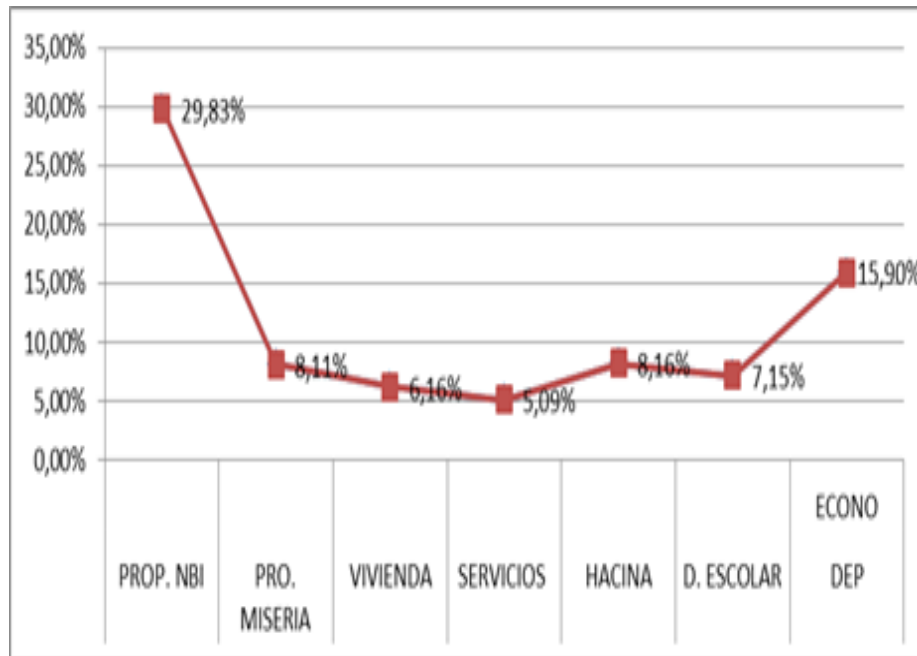
| PROP. NBI     | PRO. MISERIA | VIVIENDA     | SERVICIOS    | HACINAMIENTO | DESERCIÓN ESCOLAR | DEPEN. ECONO  | AREA          |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|---------------|---------------|
| 20,87%        | 3,93%        | 3,82%        | 1,62%        | 6,63%        | 3,31%             | 11,44%        | <b>URBANA</b> |
| 44,28%        | 14,84%       | 9,93%        | 10,70%       | 10,63%       | 13,34%            | 23,8%         | <b>RURAL</b>  |
| <b>29,83%</b> | <b>8,11%</b> | <b>6,16%</b> | <b>5,09%</b> | <b>8,16%</b> | <b>7,15%</b>      | <b>15,90%</b> | <b>TOTAL</b>  |

FUENTE: DANE A 31 DE DICIEMBRE DE 2011

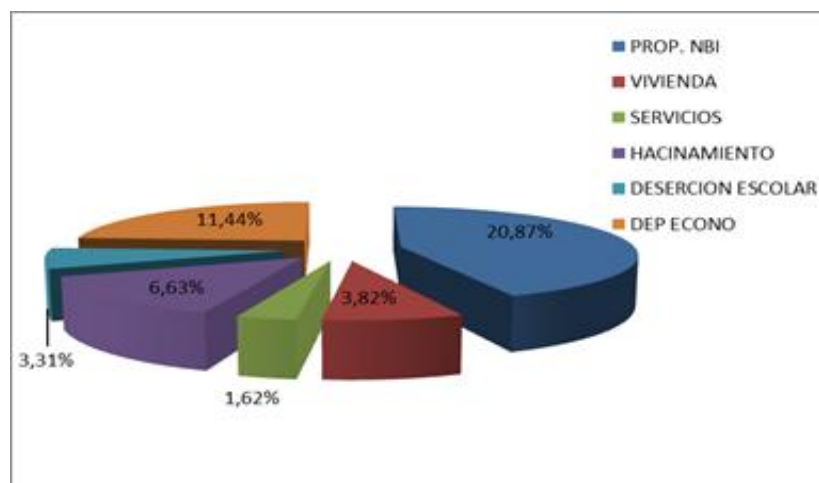
**Tabla N° 25: Proporción de población bajo la línea de pobreza en el municipio del Líbano Tolima año 2011.**



**Gráfico No.21: Proporción de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en el Municipio del Líbano Tolima año 2011.**



**Grafica No.22: Proporción de Población Bajo la Línea de Pobreza en el Municipio del Líbano Tolima año 2011.**



## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

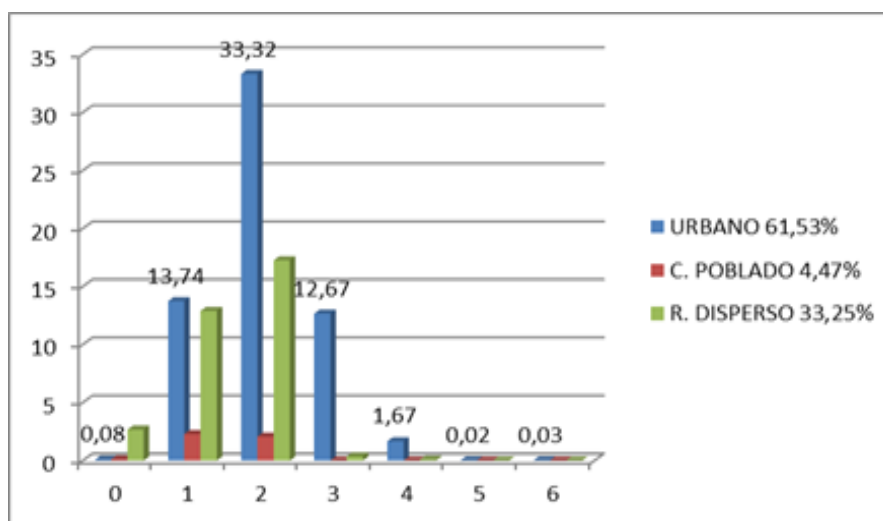
### 2.17.2. Distribución Porcentual de la Población por Estrato Socioeconómico.

**Tabla N°26. Distribución porcentual de la población por estrato socioeconómico en la zona urbana y rural, en el municipio del Líbano Tolima en el año 2010.**

| ESTRATO      | URBANO<br>N° de<br>personas | %             | C.<br>POBLADO<br>N° de<br>personas | %            | RURAL.<br>DISPER<br>N° de<br>personas | %            |
|--------------|-----------------------------|---------------|------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|
| <b>0</b>     | 8                           | 0,08          | 11                                 | 0,11         | 249                                   | 2,67         |
| <b>1</b>     | 1.280                       | 13,74         | 214                                | 2,29         | 1.202                                 | 12,90        |
| <b>2</b>     | 3.104                       | 33,32         | 192                                | 2,06         | 1.671                                 | 17,25        |
| <b>3</b>     | 1.181                       | 12,67         | 1                                  | 0,01         | 34                                    | 0,36         |
| <b>4</b>     | 156                         | 1,67          | 0                                  | 0            | 7                                     | 0,07         |
| <b>5</b>     | 2                           | 0,02          | 0                                  | 0            | 0                                     | 0            |
| <b>6</b>     | 3                           | 0,03          | 0                                  | 0            | 0                                     | 0            |
| <b>TOTAL</b> | <b>5.734</b>                | <b>61,53%</b> | <b>418</b>                         | <b>4,47%</b> | <b>3.163</b>                          | <b>33,25</b> |

Fuente. SISBEN LÍBANO TOLIMA 2010

**Grafica No. 23. Distribución porcentual de la población por estrato socioeconómico en la zona urbana y rural, en el municipio del Líbano Tolima en el año 2010.**



**En el área urbana hay en total 5.734 viviendas, de las cuales 8 están en el estrato 0 (cero) lo cual equivale al 0,08 %.**

- En el estrato I, hay 1.208 viviendas equivalente al 13,74%
- En el estrato II, hay 3.104 viviendas equivalente al 33,32%
- En el estrato III, hay 1.181 viviendas equivalente al 12,67%
- En el estrato IV, hay 156 viviendas equivalente al 1,67%
- En el estrato V, hay 2 viviendas equivalente al 0,02%
- En el estrato VI, hay 3 viviendas equivalente al 0,03%.
- Lo anterior indica que el 61,53% de las viviendas del municipio del Líbano Tolima están ubicadas en la zona urbana

En los centros poblados hay 418 viviendas en total, de las cuales en el estrato 0 (cero) existen 11 viviendas que corresponden al 0,11% del total.

- En el estrato I, hay 214 viviendas equivalente al 2,29%
- En el estrato II, hay 192 viviendas equivalente al 2,06%
- En el estrato III, hay 1 vivienda equivalente al 0,01%

Para la categoría del Rural disperso en total hay 3.163 Viviendas, de las cuales 249 se encuentran en el estrato 0 (cero) lo cual equivale al 2,67% del total de las viviendas.

- En el estrato I, hay 1.202 viviendas equivalente al 12,90%
- En el estrato II, hay 1.671 viviendas equivalente al 17,25%
- En el estrato III, hay 34 viviendas equivalente al 0,36%
- En el estrato IV, hay 7 viviendas equivalente al 0,07%

### **2.17.3. Distribución de la población por clasificación del SISBEN**



**TABLA N° 27. Total personas registradas en el SISBEN, municipio del Líbano Tolima año 2010.**

| ZONA URBANA   | CENTRO POBLADO | R. DISPERSO | TOTAL  |
|---------------|----------------|-------------|--------|
| <b>17.428</b> | 1.292          | 10.677      | 29.397 |

FUENTE SISBEN Líbano 2010.

**Tabla N° 28: Distribución de la población en la zona urbana y rural según el nivel del SISBEN en el municipio del Líbano Tolima año 2010.**

| NIVEL        | URBANO        | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO |
|--------------|---------------|----------------|----------------|
| <b>1</b>     | 312           | 94             | 1.625          |
| <b>2</b>     | 2.009         | 331            | 5.017          |
| <b>3</b>     | 6.004         | 645            | 3.776          |
| <b>4</b>     | 7.128         | 216            | 259            |
| <b>5</b>     | 1.939         | 6              | 0              |
| <b>6</b>     | 36            | 0              | 0              |
| <b>TOTAL</b> | <b>17.428</b> | <b>1.292</b>   | <b>10.677</b>  |
| <b>TOTAL</b> | <b>29.397</b> |                |                |

FUENTE SISBEN Líbano 2010.

#### **2.17.4. Producción: agrícola, pecuaria, forestal**

Sistemas de producción agrícola: café, café – plátano, café – maíz, café - frijol, café – aguacate, café – nogal, caña panelera, cítricos (naranja Washington, variedades comunes, lima taita, mandarinas y otros de menor importancia), plátano, yuca, banano, aguacate, tomate de mesa, habichuela, pimentón, hortalizas.

Sistemas de producción pecuaria: bovinos doble propósito, porcinos, piscicultura, avicultura.

Sistemas de producción forestal: eucaliptos, nogal, guadua, carboneros, bosque natural de latí foliadas.

El comercio en el Líbano, tanto en el sector urbano como rural, se limita a depósitos de víveres y abarrotes, almacenes, misceláneas de ropas, supermercados, bares, tiendas, compras de café, discotecas y cantinas.

La pequeña y mediana industria se dedican a la confección de ropa, metalmecánica, ebanistería, zapatería, industria de cemento, manualidades y artesanías.

### **2.17.5. Tasa de Empleo**

A nivel urbano se ha incrementado enormemente la economía informal conocida como "rebusque". A nivel técnico profesional, los empleadores son las entidades bancarias, instituciones publicas como la alcaldía, EMSER (Empresa de Servicios Públicos del Líbano), el Hospital Regional, el Magisterio, ICBF, Diócesis Líbano-Honda, la policía , centro penitenciario, sector industrial como la avícola colombiana, la cooperativa de caficultores, Comité de cafeteros, las explotaciones auríferas, etc.

No se tiene dato de la tasa de desempleo y se toma como población económicamente activa la comprendida entre 16 y 64 años de edad que son un 58% del total de la población (24.238 personas).

El Municipio del Líbano no cuenta con un dato oficial de la tasa de desempleo, pero se tiene como referencia la tasa de desempleo del departamento del Tolima, la cual se encuentra en un 15.9%, siendo el tercer Departamento entre los 32 departamentos colombianos, antecediéndonos los Departamentos de Quindío y la Guajira

### **2.17.6. Ingresos**

Los ingresos del municipio de El Líbano dependen del sector agropecuario, especialmente del cultivo del café, del sector comercial y en menor porcentaje el sector servicios.

### **2.17.7. Alimentación y nutrición**

La alimentación juega un papel importante en el desarrollo de la humanidad por tanto tiene una alta incidencia en las enfermedades cardiovasculares y crónicas, ya que la alimentación inadecuada expone a la comunidad a factores de riesgo biológicos asociados con la nutrición como la ingesta de grasas, consumo de sodio presente en la sal, abundancia de carbohidratos desde la infancia, entre otros.

En el Líbano la alimentación esta dada por el consumo frecuente de carbohidratos: arroz, papa, yuca, plátano, pan, arepa, panela, pastas y en menor proporción consumo de verduras, carnes, frutas a pesar de la disponibilidad de estos productos en la plaza de mercado.

La obesidad es un problema frecuente en adultos, motivo por el cual se consulta diariamente en el hospital. Los malos hábitos alimentarios de los adultos traerán como consecuencia la prevalencia de enfermedades como hipertensión, obesidad, hipercolesterolemias, principalmente. El estado nutricional por lo tanto no es satisfactoria, principalmente en niños y adultos mayores.

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

---

Se recomienda una buena educación alimentaría en todos los grupos de edad para crear hábitos alimentarios saludables y una mejor distribución de los recursos para la canasta familiar.

### **CAPITULO 3. PERFIL EPIDEMIOLOGICO**

#### **3.4. MORBILIDAD**

##### **3.4.1. MORBILIDAD POR NOTIFICACION OBLIGATORIA**

En el Municipio del Líbano existen 9 UPGD incluyendo las IPS como El Hospital Regional, Medisalud y Saludcoop y consultorios médicos. En el año 2011, se realizó la Notificación de forma oportuna y semanal al Municipio y por ende a la Secretaria de Salud departamental, reportándose 2.610 eventos de notificación de enfermedades de vigilancia y control en Salud Pública. Es así como La Infección respiratoria aguda IRA es el primer evento de notificación obligatoria con 1.253 casos con una tasa de 30.16 por cada 1.000 Habitantes, en segundo Lugar tenemos la Enfermedad diarreica aguda EDA con 1.211 casos y una tasa de 29.15 por 1000 habitantes; estos dos eventos presentan un comportamiento similar al que se presentó en la vigencia 2007; teniendo en cuenta lo anterior es necesario reforzar algunas estrategias de atención integral en población general, priorizando la población menor de 5 años con actividades de AEIPI, las unidades centinelas como las UAIRACS y las UROCS y fomento de hábitos saludables en forma conjunta con la IPS, las EPS para desarrollar acciones en torno de la prevención de la IRA y la EDA.

##### **3.4.1.1. Morbilidad (RIPS – 2011) - Morbilidad general, 10 primeras causas por sexo.**

Las variables de morbilidad en el año 2011, acorde con los registros estadísticos presentaron el siguiente comportamiento:

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

**Tabla No.29. Distribución de las 10 Primeras Causas de Morbilidad General. Líbano, Tolima 2011**

| CODIGO      | DIAGNOSTICOS   | CANTIDAD |
|-------------|--|----------|
| <b>I10X</b> | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)   | 4262     |
| <b>N390</b> | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO   | 963      |
| <b>R104</b> | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS   | 871      |
| <b>M545</b> | LUMBAGO NO ESPECIFICADO  | 862      |
| <b>N771</b> | VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE | 804      |
| <b>R51X</b> | CEFALEA  | 749      |
| <b>Z001</b> | CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO  | 726      |
| <b>E119</b> | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION                                       | 715      |
| <b>Z760</b> | CONSULTA PARA REPETICION DE RECETA   | 628      |
| <b>J00X</b> | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)   | 507      |

### 3.4.1.2. Morbilidad por consulta ambulatoria por grupos de edad.

**Tabla No 30. Morbilidad por Consulta Ambulatoria en Menores de Un Año. Líbano, 2011**

| CIE 10      | DIAGNOSTICO                                      | CANTIDAD |
|-------------|--|----------|
| <b>Z001</b> | CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO              | 116      |
| <b>Z762</b> | CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD | 56       |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

|             |  |    |
|-------------|--|----|
|             | DE OTROS NIÑOS O LACTANTES SANOS       |    |
| <b>J00X</b> | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 34 |

**Tabla No 31. Morbilidad por consulta ambulatoria 1 a 4 años. Libano, 2011**

| COD         | DIAGNOSTICO   | CANTIDAD |
|-------------|---|----------|
|             | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)                                | 190      |
| <b>B829</b> | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION                       | 129      |
| <b>A09X</b> | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO               | 99       |
| <b>J069</b> | INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA | 68       |
| <b>N390</b> | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO                    | 42       |
| <b>D649</b> | ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO  | 33       |
| <b>J209</b> | BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA                                     | 33       |
| <b>R05X</b> | TOS   | 30       |
| <b>J029</b> | FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA                                     | 26       |
| <b>N47X</b> | PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS                            | 26       |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

**Tabla No32. Morbilidad por consulta ambulatoria 5 a 14 años  
Líbano - 2011**

| CIE 10      | DIAGNOSTICO   | CANTIDAD |
|-------------|---|----------|
| <b>B829</b> | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION                       | 285      |
| <b>R51X</b> | CEFALEA   | 140      |
| <b>J00X</b> | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)                                | 115      |
| <b>R104</b> | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS                      | 95       |
| <b>N390</b> | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO                    | 80       |
| <b>A09X</b> | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO               | 52       |
| <b>R42X</b> | MAREO Y DESVANECIMIENTO   | 52       |
| <b>H547</b> | DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION                  | 52       |
| <b>R103</b> | DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN               | 48       |
| <b>J069</b> | INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA | 45       |

**Tabla No33. Morbilidad por consulta ambulatoria 15 a 44 años - Líbano,  
2011**

| CIE 10      | DIAGNOSTICO  | CANTIDAD |
|-------------|--|----------|
| <b>N390</b> | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO   | 379      |
| <b>R104</b> | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS   | 335      |
| <b>N771</b> | VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE | 317      |



## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

|             |                                    |     |
|-------------|------------------------------------|-----|
| <b>M545</b> | LUMBAGO NO ESPECIFICADO            | 317 |
| <b>R51X</b> | CEFALEA                            | 276 |
| <b>K297</b> | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA         | 206 |
| <b>R42X</b> | MAREO Y DESVANECIMIENTO            | 204 |
| <b>N760</b> | VAGINITIS AGUDA                    | 202 |
| <b>G409</b> | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO    | 194 |
| <b>R074</b> | DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO | 135 |

**Tabla No 34. Morbilidad por consulta ambulatoria 45 a 64 años. Líbano, 2011**

| CIE 10      | DIAGNOSTICO  | CANTIDAD |
|-------------|--|----------|
| <b>I10X</b> | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)   | 1527     |
| <b>E119</b> | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACION                                       | 276      |
| <b>M545</b> | LUMBAGO NO ESPECIFICADO  | 259      |
| <b>N390</b> | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO   | 228      |
| <b>K297</b> | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA   | 147      |
| <b>R51X</b> | CEFALEA  | 110      |
| <b>M199</b> | ARTROSIS, NO ESPECIFICADA  | 109      |
| <b>M255</b> | DOLOR EN ARTICULACION  | 104      |
| <b>N771</b> | VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE | 97       |
| <b>R42X</b> | MAREO Y DESVANECIMIENTO  | 97       |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

**Tabla No35. Morbilidad por consulta ambulatoria 65 y más años.  
Líbano, 2011**

| CIE 10      | DIAGNOSTICO  | CANTIDAD |
|-------------|--|----------|
| <b>I10X</b> | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)                                     | 2613     |
| <b>J449</b> | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA             | 288      |
| <b>N390</b> | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO                   | 234      |
| <b>E119</b> | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION | 215      |
| <b>M545</b> | LUMBAGO NO ESPECIFICADO  | 162      |
| <b>M199</b> | ARTROSIS, NO ESPECIFICADA  | 150      |
| <b>K297</b> | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA   | 102      |
| <b>R42X</b> | MAREO Y DESVANECIMIENTO  | 67       |
| <b>N40X</b> | HIPERPLASIA DE LA PROSTATA   | 65       |
| <b>M255</b> | DOLOR EN ARTICULACION  | 53       |

### 3.4.1.3. Morbilidad por Urgencias.

**Tabla No36. Morbilidad general en el servicio de Urgencias. Líbano, 2011.**

| CIE 10      | DIAGNOSTICO   | CANTIDAD |
|-------------|---|----------|
| <b>R104</b> | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS        | 3724     |
| <b>A09X</b> | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 1966     |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

|             |  |      |
|-------------|--|------|
| <b>N390</b> | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO                   | 1103 |
| <b>R51X</b> | CEFALEA  | 1037 |
| <b>J039</b> | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA                                   | 881  |
| <b>R074</b> | DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO                                   | 862  |
| <b>J449</b> | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA             | 783  |
| <b>I10X</b> | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)                                     | 763  |
| <b>M545</b> | LUMBAGO NO ESPECIFICADO  | 750  |
| <b>J22X</b> | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 690  |

### **3.4.1.4. Morbi-mortalidad por eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria. SIVIGILA 2010**

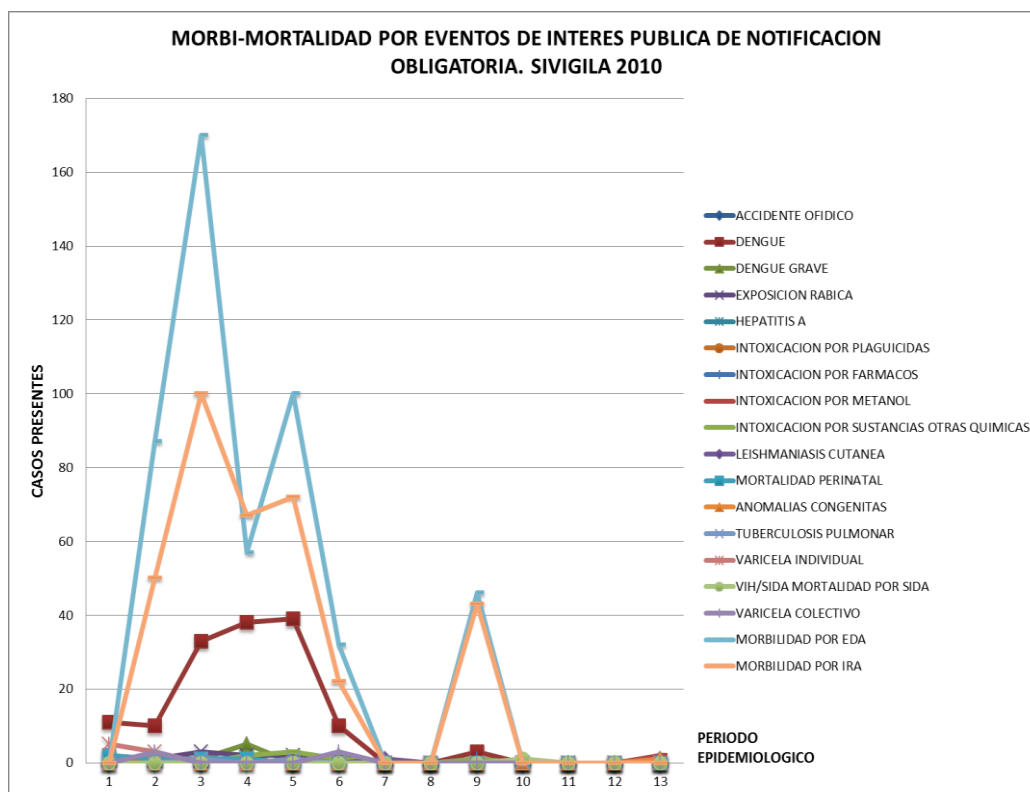
Según el gráfico en el 2010 hubo tendencia alcista en el periodo epidemiológico tres (3), en EDA con el 55% de los casos, IRA con el 32% de los casos y DENGUE con el 10% de los casos.

Y hubo tendencia bajista en el periodo epidemiológico nueve (9), en EDA con el 48% de los casos, IRA con el 45% de los casos y DENGUE con el 3% de los casos.

**Tabla No.37. Morbi-mortalidad por eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria. SIVIGILA 2010**

| <b>CODIGO</b> | <b>EVENTO</b>                              | <b>TOTAL</b> |
|---------------|--|--------------|
| <b>100</b>    | ACCIDENTE OFIDICO                          | 3            |
| <b>210</b>    | DENGUE                                     | 144          |
| <b>220</b>    | DENGUE GRAVE                               | 9            |
| <b>300</b>    | EXPOSICION RABICA                          | 10           |
| <b>330</b>    | HEPATITIS A                                | 1            |
| <b>360</b>    | INTOXICACION POR PLAGUICIDAS               | 3            |
| <b>370</b>    | INTOXICACION POR FARMACOS                  | 1            |
| <b>380</b>    | INTOXICACION POR METANOL                   | 2            |
| <b>410</b>    | INTOXICACION POR SUSTANCIAS OTRAS QUIMICAS | 7            |
| <b>420</b>    | LEISHMANIASIS CUTANEA                      | 3            |
| <b>560</b>    | MORTALIDAD PERINATAL                       | 5            |
| <b>735</b>    | ANOMALIAS CONGENITAS                       | 1            |
| <b>820</b>    | TUBERCULOSIS PULMONAR                      | 2            |
| <b>831</b>    | VARICELA INDIVIDUAL                        | 8            |
| <b>850</b>    | VIH/SIDA MORTALIDAD POR SIDA               | 1            |
| <b>830</b>    | VARICELA COLECTIVO                         | 6            |
| <b>998</b>    | MORBILIDAD POR EDA                         | 492          |
| <b>999</b>    | MORBILIDAD POR IRA                         | 354          |
|               | <b>TOTALES</b>                             | <b>1052</b>  |

**Grafico No.24. Morbi- Mortalidad por Eventos de Interes Pública de Notificación Obligatoria – Sivigila 2010**



### 3.5. MORTALIDAD

#### 3.5.1 MORTALIDAD GENERAL SEGÚN (Listas de causas agrupadas según 6/67 CIE-10 de OPS) 2009

##### 3.5.1.1. Mortalidad General, Primeras 10 Causas, por Sexo Masculino.

Las causas de mortalidad que predominan en el sexo masculino son: la enfermedad isquémica aguda que ocupan el primer lugar con una tasa de 1.67 , seguida por las enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores y

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

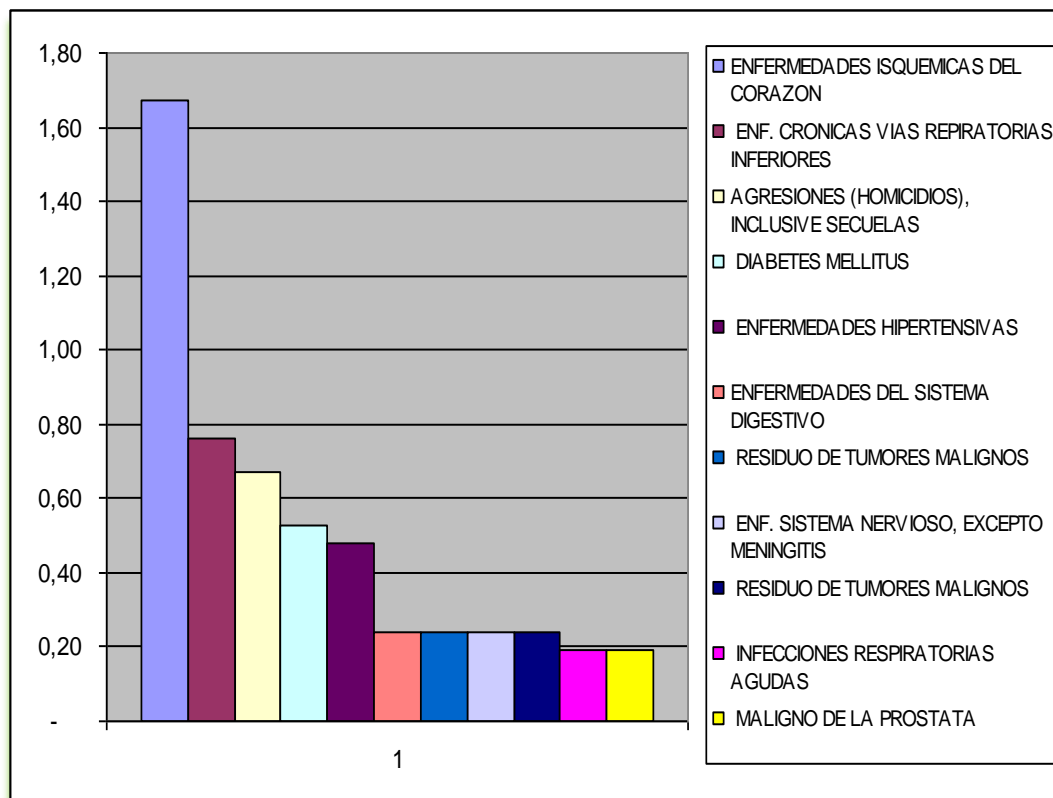
agresiones (homicidios), inclusive secuelas con tasas de 0.76 y 0.67 , siguiéndole en su orden diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas enfermedades del sistema digestivo, residuo de tumores malignos, enf, sistema nervioso, excepto meningitis. la octava y novena causa de mortalidad son las enfermedades de residuo de tumores malignos y infecciones respiratorias agudas. el tumor maligno de la próstata es la decima causa de mortalidad en los hombres con una tasa de 0.19.

**Tabla No 38. Primeras 10 Causas de Mortalidad General en Hombres. Líbano, Tolima. 2009**

| CAUSA DE MORTALIDAD                         | TASA | Nº DE CASOS |
|---|------|-------------|
| ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON         | 1,67 | 35          |
| ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES  | 0,76 | 16          |
| AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS | 0,67 | 14          |
| DIABETES MELLITUS                           | 0,53 | 11          |
| ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                  | 0,48 | 10          |
| ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO          | 0,24 | 5           |
| RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS                 | 0,24 | 5           |
| ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS   | 0,24 | 5           |
| INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS            | 0,19 | 4           |
| MALIGNO DE LA PROSTATA                      | 0,19 | 4           |

Fuente: Dane

**Grafico No.25. Primeras 10 causas de Mortalidad general en hombres, Libano, Tolima 2009**



**3.5.1.2. Mortalidad General, Primeras 10 Causas, por Sexo Femenino.**

Las causas de mortalidad femenina en el municipio del Líbano corresponden principalmente a la enfermedad isquémica aguda la cual se encuentra en un primer lugar con una tasa de 0.92. en segundo y tercer lugar está la mortalidad causada por las enfermedades cerebro vascular y las enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores ambas con tasas de 0.53 en su orden se encuentran las enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, enfermedad Cardiopulmonar, los accidentes Transporte terrestre, inclusive

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

secuelas y otras enfermedades sistema digestivo ocupan el octavo y noveno lugar respectivamente y la infección respiratoria aguda es la décima causa de mortalidad en las mujeres del municipio con una tasa de 0.15.

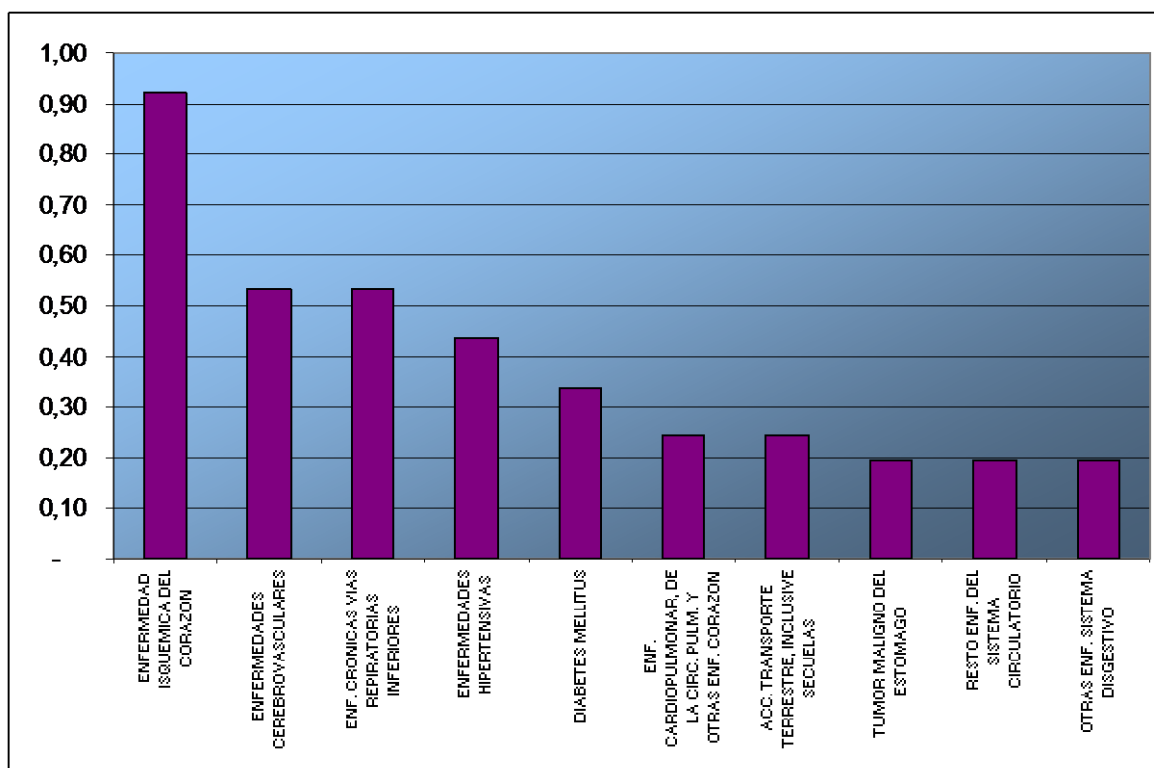
**Tabla No 39. Primeras 10 causas de Mortalidad general en mujeres. Líbano, Tolima. 2009**

| CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES                             | TASA | N° DE CASOS |
|---|------|-------------|
| ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON                            | 0,92 | 19          |
| ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES                              | 0,53 | 11          |
| ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES                  | 0,53 | 11          |
| ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                                  | 0,44 | 9           |
| DIABETES MELLITUS   | 0,34 | 7           |
| ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON | 0,24 | 5           |
| ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS               | 0,24 | 5           |
| TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO                                  | 0,19 | 4           |
| RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO                         | 0,19 | 4           |
| OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO                               | 0,19 | 4           |
| INFECCION RESP. AGUDA                                       | 0,15 | 3           |

Fuente Dane



Gráfico No 26. Primeras 10 causas de mortalidad femenina en el municipio del Líbano Tolima 2009



### 3.5.1.3. Mortalidad General, Primeras 10 Causas, de 1 a 4 años

En este grupo etareo las causas de mortalidad más predominantes son trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y enfermedades de la circulación, pulmonares y otras enfermedades del corazón, generalmente asociados con malformaciones congénitas.

**Tabla No 40. Tasa de Mortalidad de 1 a 4 años por causas de defunción. Líbano, Tolima 2009**

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN                                 | 1 - 4 AÑOS |              |
|---|------------|--------------|
|   | Casos      | Tasa x 1.000 |
| 510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS                      | 1          | 0            |
| 615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS | 1          | 0            |

**3.5.1.4. Morrtalidad por grupos etareos y primeras 10 causas, en menores de 1 año**

En este grupo etareo las causas de mortalidad más predominantes son trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y enfermedades de la circulación, pulmonares y otras enfermedades del corazón, generalmente asociados con malformaciones congénitas.

**Tabla No 41. Tasa de Mortalidad en menores de un año por causas de defunción. Líbano, Tolima 2009**

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN                                   | Menores de 1 año |                 |
|---|------------------|-----------------|
|   | Casos            | Tasa x 1.000 NV |
| 404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL      | 3                | 3               |
| 304 ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON | 2                | 2               |
| 109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS                            | 1                | 1               |
| 110 OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS                       | 1                | 1               |
| 407 OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL                | 1                | 1               |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

|   |   |   |
|---|---|---|
| 602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES        | 1 | 1 |
| 615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS | 1 | 1 |

### 3.5.1.5. Mortalidad por Grupos etareos de 5 a 14 años por Causas de Defunción.

En este grupo etareo se presentaron dos casos de muerte asociadas a Homicidio y malformaciones congénitas. En el primer caso se evidencia el alto grado de vulnerabilidad al que están expuestos los menores de edad.

**Tabla No.42. Tasa de Mortalidad de 5 a 14 años por causas de defunción. Líbano, Tolima 2009.**

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN                                 | 5 - 14 AÑOS |              |
|---|-------------|--------------|
|   | Casos       | Tasa x 1.000 |
| 512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS               | 1           | 0            |
| 615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS | 1           | 0            |

### 3.5.1.6. Mortalidad por Grupos etareos de 15 a 44 años por Causas de Defunción.

En este grupo etareo las primeras causas de muerte están relacionadas con el Homicidio, seguido de accidentes de tránsito y con dos casos de cada una: las muertes causadas por VIH/SIDA, residuo de tumores malignos y enfermedades del sistema nervioso central.

Tabla No.43. Tasa de Mortalidad de 15 a 44 años por causas de defunción. Líbano, Tolima 2009.

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN                            | 15 - 44 AÑOS |              |
|--|--------------|--------------|
|  | Casos        | Tasa x 1.000 |
| <b>512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS</b>   | 10           | 1            |
| <b>501 ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS</b> | 4            | 0            |
| <b>108 ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA</b>                    | 2            | 0            |
| <b>213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS</b>                   | 2            | 0            |
| <b>604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS</b>     | 2            | 0            |
| <b>105 MENINGITIS</b>                                    | 1            | 0            |
| <b>102 TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS</b>              | 1            | 0            |
| <b>302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS</b>                    | 1            | 0            |
| <b>614 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO</b>                   | 1            | 0            |

### 3.5.1.7. Mortalidad por Grupos etareos de 45 - 64 años por Causas de Defunción.

Este grupo etareo sus dos primeras causas están asociadas a: enfermedad isquémica del corazón y agresiones (Homicidios) En tercer, cuarto y quinto lugar de causas encontramos: enfermedades del sistema nervioso, enfermedades crónicas del sistema respiratorio y residuos de tumores malignos.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

**Tabla No44. Tasa de Mortalidad de 45 - 64 años por causas de defunción. Líbano, Tolima 2009.**

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN  | 45 - 64 AÑOS |              |
|--|--------------|--------------|
|  | Casos        | Tasa x 1.000 |
| 303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON                              | 6            | 1            |
| 512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS                      | 3            | 0            |
| 604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS                        | 3            | 0            |
| 605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES                       | 3            | 0            |
| 213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS                                      | 2            | 0            |
| 307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES                                   | 2            | 0            |
| 501 ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS                    | 2            | 0            |
| 510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS                             | 2            | 0            |
| 511 LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS       | 2            | 0            |
| 201 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO                                       | 1            | 0            |
| 203 TUMOR M. ORG.DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL.ESTOM.Y COLON          | 1            | 0            |
| 205 TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS                                       | 1            | 0            |
| 209 T. MALIGNO DEL UTERO   | 1            | 0            |
| 212 T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES    | 1            | 0            |
| 214 CARCINOMA IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE COMPORTAM.INCIERTO O DESCON. | 1            | 0            |
| 302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                                       | 1            | 0            |
| 304 ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON      | 1            | 0            |

## PLAN TERRITORIAL DE SALUD - 2012 - 2015

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| <b>309 RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>                | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>503 CAIDAS</b>   | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>601 DIABETES MELLITUS</b>                                  | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>610 CIERTAS ENF. CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS</b>        | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>616 RESIDUO</b>  | <b>1</b> | <b>0</b> |

### **3.5.1.8. Mortalidad por Grupos etareos de 45 - 64 años por Causas de Defunción.**

Las primeras cinco causas de mortalidad en este grupo etareo se presentan son: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades Crónicas vías respiratorias inferiores, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus. Es evidente que la gran mayoría de estas causas que coinciden con las primeras causas de mortalidad general, son enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que es imperativo la necesidad de revisar la integralidad de los programas de promoción, prevención y atención integral a las patologías desencadenantes de mortalidad.

**Tabla No 45. Tasa de Mortalidad de 64 y mas años por causas de defunción. Líbano, Tolima 2009.**

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN  | 64 Y MAS AÑOS |              |
|--|---------------|--------------|
|  | Casos         | Tasa x 1.000 |
| 303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON                              | 47            | 12           |
| 605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES                       | 24            | 6            |
| 307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES                                   | 20            | 5            |
| 302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                                       | 17            | 4            |
| 601 DIABETES MELLITUS  | 10            | 2            |
| 611 OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO                                    | 9             | 2            |
| 201 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO                                       | 8             | 2            |
| 109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS                                 | 6             | 1            |
| 202 TUMOR MALIGNO DEL COLON  | 5             | 1            |
| 304 ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON      | 5             | 1            |
| 309 RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO                              | 5             | 1            |
| 210 T. MALIGNO DE LA PROSTATA  | 4             | 1            |
| 206 T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON                             | 3             | 1            |
| 213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS                                      | 3             | 1            |
| 214 CARCINOMA IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE COMPORTAM.INCIERTO O DESCON. | 3             | 1            |
| 607 ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS                       | 3             | 1            |
| 616 RESIDUO  | 3             | 1            |
| 211 T. MALIGNO OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS                         | 2             | 0            |
| 212 T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES    | 2             | 0            |
| 608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS                                 | 2             | 0            |
| 609 APENDICITIS, HERNIA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTR. INTESTINAL        | 2             | 0            |
| 610 CIERTAS ENF. CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS                      | 2             | 0            |
| 612 ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO                                    | 2             | 0            |

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| <b>110 OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS</b>                      | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>203 TUMOR M. ORG. DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL. ESTOM. Y COLON</b> | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>204 TUMOR MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES</b>                       | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>306 INSUFICIENCIA CARDIACA</b>                                     | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>501 ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS</b>              | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>503 CAIDAS</b>   | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES</b>         | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>603 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO</b>                   | <b>1</b> | <b>0</b> |
| <b>604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS</b>                  | <b>1</b> | <b>0</b> |

**3.5.1.9. Mortalidad por lesiones de causa externa (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito, mortalidad no intencional).**

La mortalidad por lesiones de causa externa que se presentan en el Municipio de Líbano está por debajo de la tasa Nacional y departamental en relación con cada uno de los eventos analizados. (Homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y mortalidad no intencional). Las muertes por homicidios son el evento que predominan al igual que en el departamento y en la nación y los suicidios son el evento que se presenta en menor proporción. En la gráfica se observa que la relación en cuanto a eventos y tasas que tiene el municipio es proporcional a las tasas nacionales y departamentales.

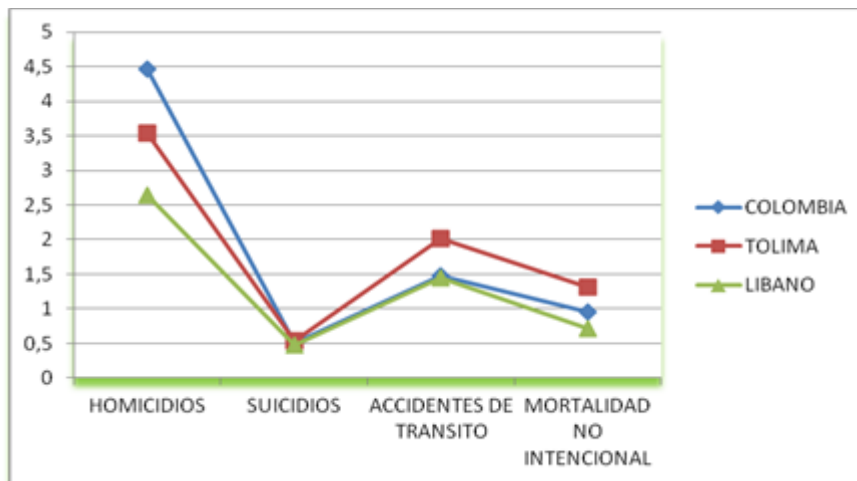


**Tabla No 46. Mortalidad por lesiones de causa externa. Comparativo tasa Nacional, Departamental y Municipal. 2009.**

| MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSA EXTERNA |          |        |        |
|--|----------|--------|--------|
| EVENTO                                   | COLOMBIA | TOLIMA | LIBANO |
| HOMICIDIOS                               | 4,46     | 3,54   | 2,64   |
| SUICIDIOS                                | 0,5      | 0,54   | 0,48   |
| ACCIDENTES DE TRANSITO                   | 1,47     | 2,02   | 1,44   |
| MORTALIDAD NO INTENCIONAL                | 0,95     | 1,31   | 0,72   |

Fuente Dane

**Gráfico No27. Mortalidad por lesiones de causa externa. Comparativo tasa Nacional, Departamental y Municipal. 2009.**

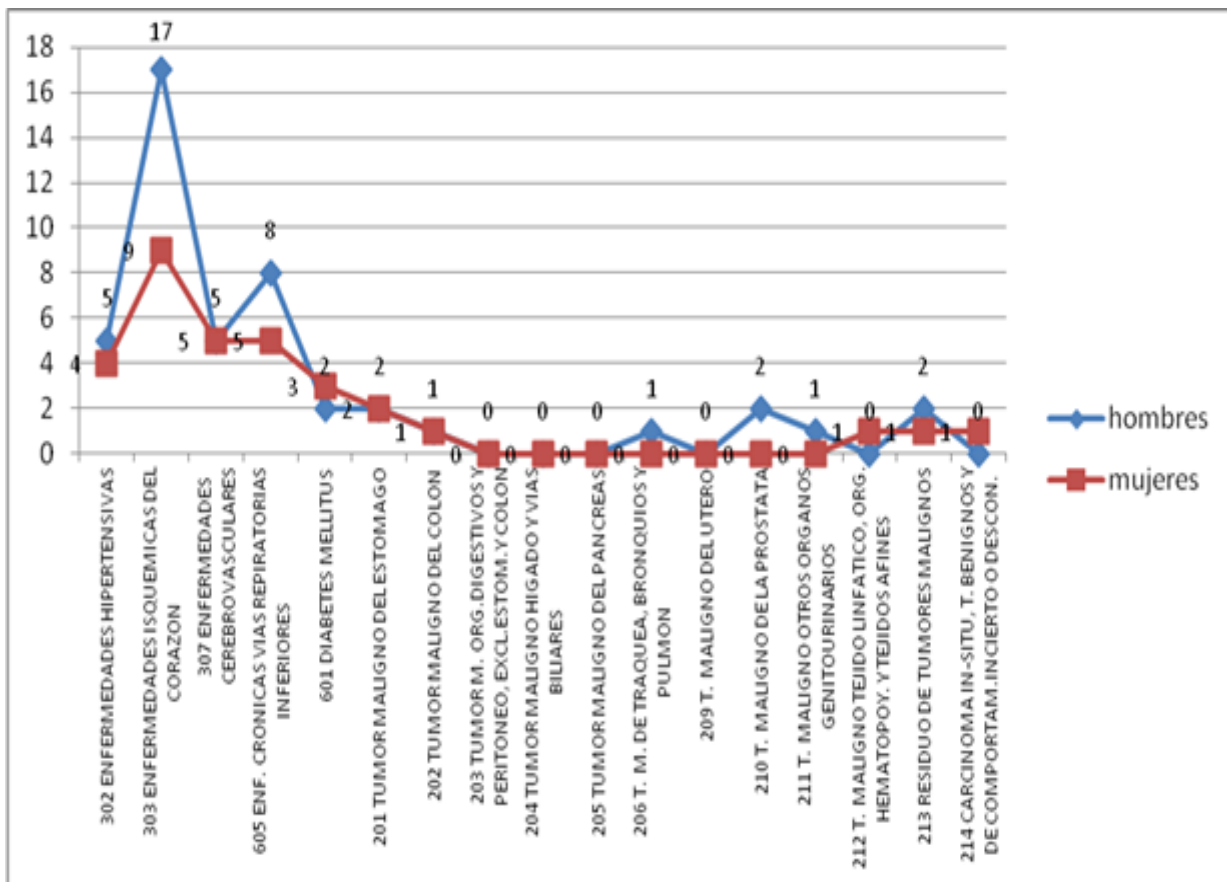


**3.5.1.10. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por causa y sexo: Neoplasias - Cáncer, Diabetes Mellitus, enfermedades hipertensivas, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades cerebro-vasculares, enfermedad crónica vías respiratorias inferiores.**

**Tabla No.47. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por causa y sexo. Líbano, Tolima 2009.**

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN  | No CASOS HOMBRES | TASA HOMBRES | No CASOS MUJERES | TASA MUJERES |
|--|------------------|--------------|------------------|--------------|
| 302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS                                       | 10               | 5            | 9                | 4            |
| 303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON                              | 35               | 17           | 19               | 9            |
| 307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES                                   | 11               | 5            | 11               | 5            |
| 605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES                       | 16               | 8            | 11               | 5            |
| 601 DIABETES MELLITUS  | 4                | 2            | 7                | 3            |
| 201 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO                                       | 5                | 2            | 4                | 2            |
| 202 TUMOR MALIGNO DEL COLON  | 3                | 1            | 2                | 1            |
| 203 TUMOR M. ORG.DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL.ESTOM.Y COLON          | 1                | 0            | 1                | 0            |
| 204 TUMOR MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES                             | 1                | 0            | 0                | 0            |
| 205 TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS                                       | 0                | 0            | 1                | 0            |
| 206 T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON                             | 2                | 1            | 1                | 0            |
| 209 T. MALIGNO DEL UTERO   | 0                | 0            | 1                | 0            |
| 210 T. MALIGNO DE LA PROSTATA  | 4                | 2            | 0                | 0            |
| 211 T. MALIGNO OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS                         | 2                | 1            | 0                | 0            |
| 212 T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES    | 1                | 0            | 2                | 1            |
| 213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS                                      | 5                | 2            | 2                | 1            |
| 214 CARCINOMA IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE COMPORTAM.INCIERTO O DESCON. | 1                | 0            | 3                | 1            |

**Grafico No 28. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por causa y sexo. Líbano, Tolima 2009**



### 3.6. Salud infantil

#### 3.6.1. Mortalidad infantil 2005-2009.

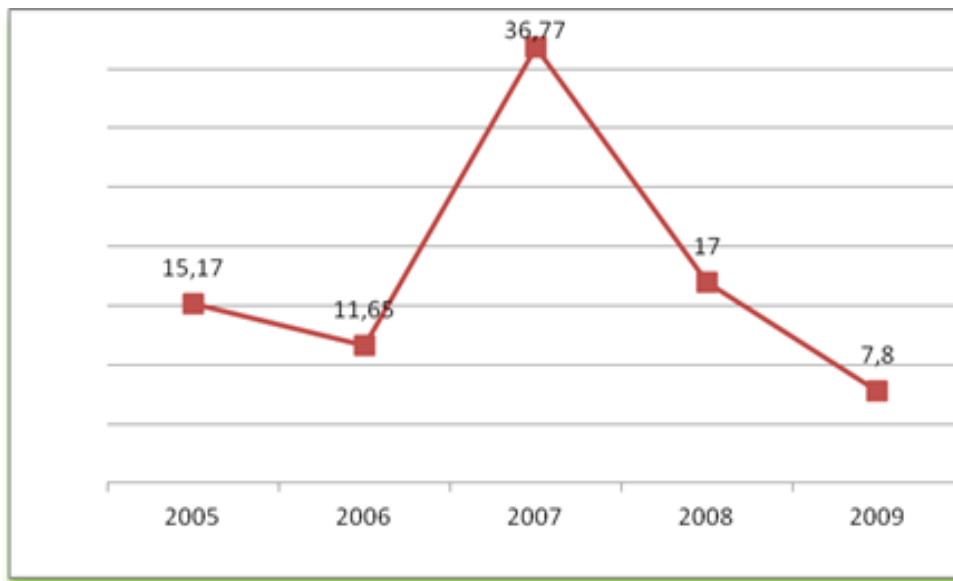
En el Líbano la tasa de mortalidad infantil en el 2005 fue de 15.7, para el 2006 tuvo una disminución dando como resultado una tasa de 11.65, pero aumento significativamente en el 2007. En este año la tasa llego a 36.77, y En el 2008 – 2009 se presentó una evidente disminución en las tasas (17 y 7.8 respectivamente).

**Tabla No48. Mortalidad infantil Líbano, Tolima 2005-2009**

| AÑO  | N° DE CASOS | TASA   |
|------|-------------|--------|
| 2005 | 12          | 15.17  |
| 2006 | 10          | 11.65. |
| 2007 | 37          | 36.77  |
| 2008 | 16          | 17     |
| 2009 | 7           | 7.8    |

Fuente: Dane

**Grafico No. 29 - Mortalidad infantil Líbano, Tolima 2005-2009**



### 3.6.2. Razón de mortalidad perinatal 2010

La razón de mortalidad perinatal en el municipio del Líbano en el periodo 2010 fue de 0.28 datos equivalentes a 87 casos.

### 3.6.3. Mortalidad en menores de 1 a 4 años

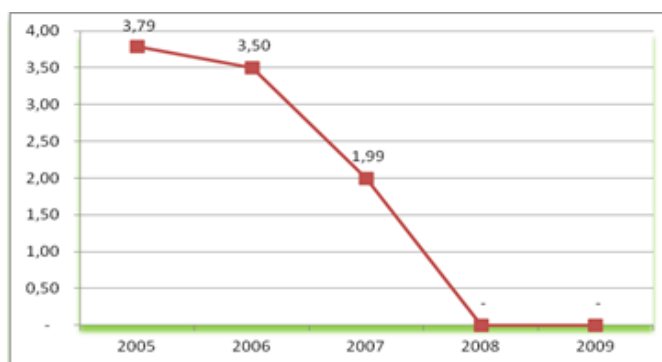
La mortalidad en la población de 1 a 4 años que se presentó en el municipio del Líbano durante el periodo 2005-2009 inicio con una tasa de 3,79 en el 2005, EL 2006 presento una tendencia similar(3,50) el 2007 la tendencia disminuyo representativamente(1,99) y en el 2008 y 2009 la tendencia en la tasa llego a cero , lo que traduce que la calidad en la atención en salud en este grupo poblacional responde a las necesidades al igual que las acciones de promoción y prevención que se han venido desarrollando en el municipio.

**Tabla No.49. Mortalidad de 1 a 4 años. Líbano, Tolima 2005-2009**

| AÑO  | N° DE CASOS | TASA |
|------|-------------|------|
| 2005 | 3           | 3,79 |
| 2006 | 3           | 3,50 |
| 2007 | 2           | 1.99 |
| 2008 | 0           | 0    |
| 2009 | 0           | 0    |

Fuente Dane

**Grafico No 30 -Mortalidad de 1 a 4 años – Líbano Tolima 2005 -2009**



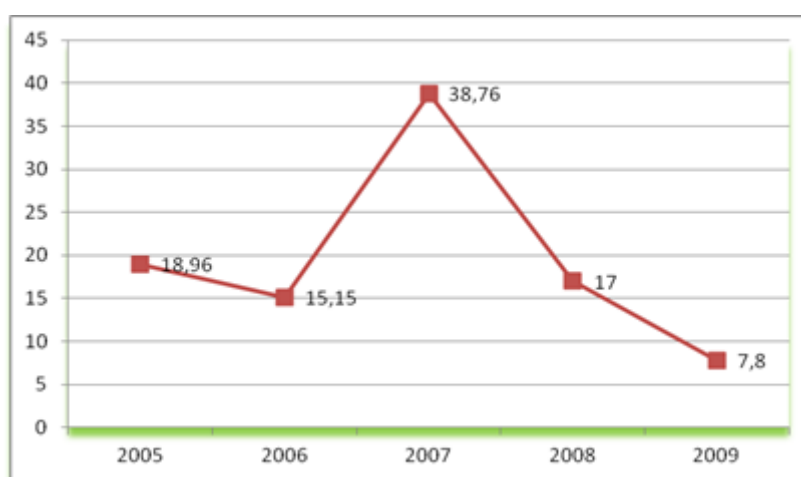
### 3.6.4. Mortalidad en menores de 5 años

La mortalidad en menores de 5 años en el municipio presenta semejanza en las tasas en los años 2005 (18,96) 2006 (15,15) y 2008 (17) , pero en el año 2007 se evidencia un aumento significativo en la tasa ya que llego al máximo nivel en este periodo con una tasa de 38,76, teniendo en cuenta que el porcentaje de nacidos vivos en este mismo año presento un aumento con relación a los años anteriores. El 2009 la tasa llego al nivel más bajo del periodo con una tasa de 7,8.

**Tabla No50. Mortalidad menores de 5 años. Líbano Tolima 2005-2009**

| AÑO  | MENORES DE 5 AÑOS | TASA  |
|------|-------------------|-------|
| 2005 | 15                | 18,96 |
| 2006 | 13                | 15,15 |
| 2007 | 39                | 38,76 |
| 2008 | 16                | 17    |
| 2009 | 7                 | 7,8   |

**Grafico No 31 . Mortalidad menores de 5 años. Líbano Tolima 2005-2009**



**3.6.5. Enfermedades infecciosas prevalentes en menores de 5 años: 2005- 2010**

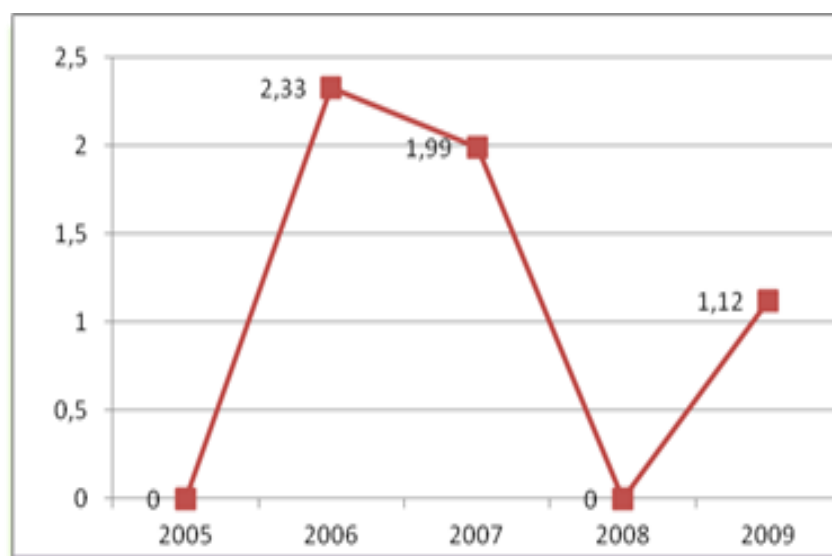
**3.6.5.1. Mortalidad por Enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda:**

La diarrea aguda y los parásitos son las enfermedades que tienen los más altos índices en los menores de 5 años. La calidad de la vivienda y del agua, el manejo de alimentos perecederos, la pobreza y la baja escolaridad de la madre, se asocian directamente con esta enfermedad. La mortalidad se debe tanto a la falta de demanda de servicios (por estar viviendo lejos de un centro asistencial) como a la tardía o inadecuada respuesta del sistema de salud.

**Tabla No51. Tasa de mortalidad por IRA y EDA. Líbano Tolima 2005-2009**

| AÑO  | TASA/IRA | N° DE CASOS | TASA/EDA |
|------|----------|-------------|----------|
| 2005 | 0        | 0           | 0        |
| 2006 | 2,33     | 2           |          |
| 2007 | 1,99     | 2           |          |
| 2008 | 0        | 0           |          |
| 2009 | 1,12     | 1           |          |

**Gráfico No 32. Tasa de mortalidad por IRA y EDA. Libano Tolima 2005-2009**



**3.6.5.2. Morbilidad por Enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda**

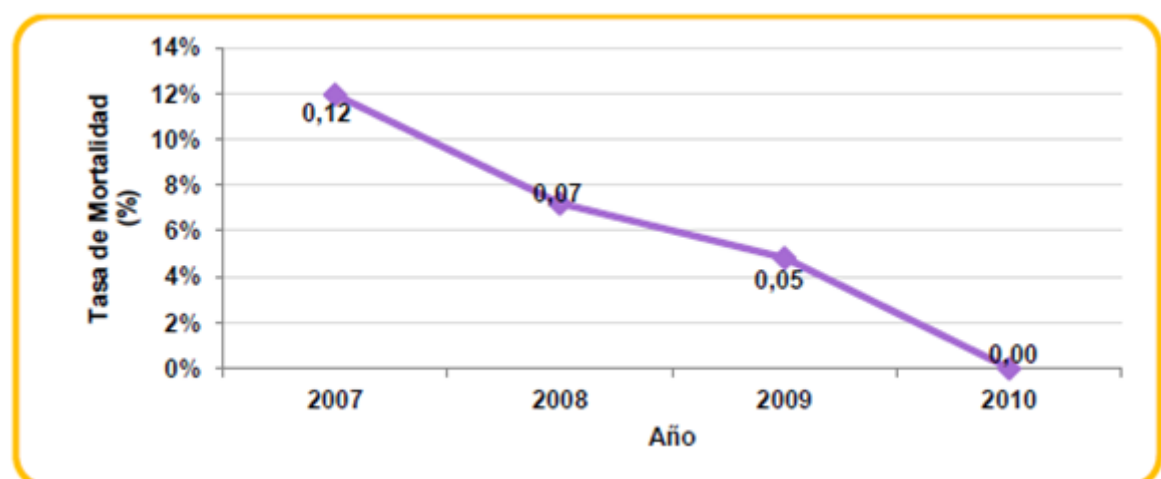
**Tabla No52. Índices endémicos. 2005 – 2010**

| INDICE ENDEMICO EDA MENOR DE 5 AÑOS LIBANO |        |        |        |        |        |         |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Año  | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009    |
| CASOS                                      | 471    | 724    | 189    | 167    | 154    | 510     |
| POBLACION                                  | 4.938  | 4.217  | 4.128  | 4.047  | 3.980  | 3.920   |
| TASA X 10.000                              | 953.83 | 176.86 | 457.85 | 412.65 | 386.93 | 1301.02 |

**3.6.6. VIH en menores de 2 años. 2005-2010.**

En Líbano se reportaron 0,12; 0,07 y 0,05 casos de mortalidad por VIH en los años 2007; 2008 y 2009; en términos generales la mortalidad por esta causa tiende a cero. La utilización de equipamiento no esterilizado sigue siendo el modo principal de transmisión del VIH, así como la transfusión de sangre contaminada sin el debido control de calidad, ha esto se suma la práctica de relaciones sexuales sin protección.

**Grafico N°33. LIBANO, Mortalidad Anual por SIDA 2007-2010**





En 1982 se describe la transmisión vertical como mecanismo de transmisión del VIH y la principal causa de transmisión de la infección en niños menores de 15 años.

La transmisión vertical es la que se da de madre a hijo por la circulación placentaria. Año tras año se incrementa la incidencia de la infección en mujeres la cual es desconocida para la mayoría, aumentando el riesgo de la transmisión vertical.

La infección en el recién nacido puede ocurrir en tres momentos: in útero 23%, intraparto 65% y, lactancia 12%. Reducir la transmisión del VIH/SIDA en el recién nacido es un componente de cualquier estrategia de prevención, particularmente en los países de escasos recursos, donde más del 40% de las mujeres embarazadas podrían estar infectadas con el virus del VIH y el 25 al 40% de sus hijos podrían nacer con la infección. La intervención oportuna a la gestante y VIH positiva es de suma importancia porque podría disminuir el riesgo de transmisión vertical hasta en menos del 4-7% con un control prenatal minucioso y continuo. En Líbano, entre 2007 y 2010, no se registraron casos de infección vertical por VIH/SIDA.

### **3.6.7. Coberturas de vacunación: 2010**

La vacunación para todo tipo de biológico finalizó el periodo con coberturas superiores al 95,0%. Con respecto a Difteria, Tosferina y Tétano – D.P.T., Haemophilus influenza B –HB, y Haemophilus influenza e B -HIB, el menor dato de la serie se ubica en 2001 con 82,05%; 70,06% y 52,30% respectivamente. En lo referente a Polio y Sarampión, Rubeola y Parotiditis –TV (Triple Viral) los menores datos de la serie se ubican en 2000 con 90,58% y 84,95% cada una.

En cuanto a Tuberculosis - B.C.G. la menor tasa ocurrió en 2009 con el 106,32%; el mayor, por su parte correspondió a 2003 con 132,41% correspondientemente.

En todos los grupos el mejor desempeño se presentó en los años 2003, 2004, 2007, 2008 y 2009, con coberturas superiores al 100%.

**Tabla N° 53. Líbano, coberturas de vacunación por tipo de biológico a niños menores de un año 2000-2010**

| Tipo de biológico | 2000   | 2001   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| POLIO             | 90,58  | 100,10 | 115,92 | 117,18 | 105,74 | 94,17  | 103,24 | 100,76 | 101,41 | 102,71 | 101,94 |
| DPT               | 92,35  | 82,05  | 115,80 | 117,18 | 105,74 | 94,17  | 103,24 | 100,76 | 101,41 | 102,71 | 96,24  |
| BCG               | 107,87 | 107,10 | 123,76 | 132,41 | 131,55 | 103,16 | 110,46 | 109,49 | 107,67 | 106,32 | 109,07 |
| HB                | 83,37  | 70,06  | 109,23 | 117,04 | 105,74 | 94,17  | 103,24 | 100,76 | 101,41 | 102,71 | 96,24  |
| HIB               | 75,28  | 52,30  | 98,85  | 117,04 | 106,91 | 94,17  | 103,24 | 100,76 | 101,41 | 102,71 | 96,24  |
| T.V               | 84,95  | 105,79 | 110,65 | 106,08 | 122,06 | 96,75  | 92,37  | 113,93 | 116,41 | 111,31 | 95,73  |

Fuente: Secretaría de Salud

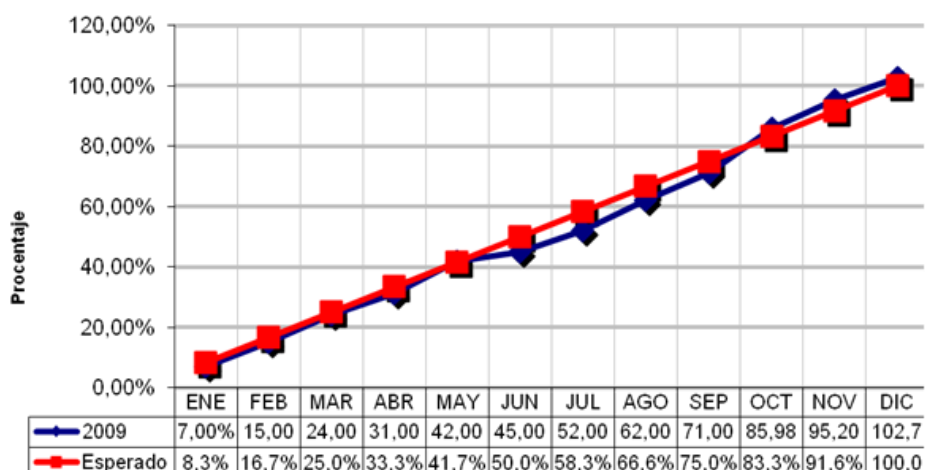
### 3.6.8. Plan Ampliado de Inmunizaciones.

El programa de vacunación en el Municipio evidencia un cumplimiento en las metas programadas, pues la mayoría de biológicos cumplen un 100% de coberturas útiles; Con toxoide diftérico que se aplica a mujeres en edad fértil de 10 a 49 años y Gestantes, no se tiene coberturas útiles, ya que hay mucha renuencia en las mujeres a la vacunación, y aunque se hace inducción a la demanda argumentan que ya están vacunadas.

En Los meses de abril, julio, septiembre y noviembre del año 2007 se realizaron 4 jornadas de vacunación con sus respectivas pre y pos jornadas, para completar esquemas y reforzar biológicos, al igual que se realizaron 3 monitores de cobertura de vacunación , 3 búsquedas activas de polio, tétanos neonatal y fiebre amarilla realizados y 2 búsquedas activas de sarampión realizados

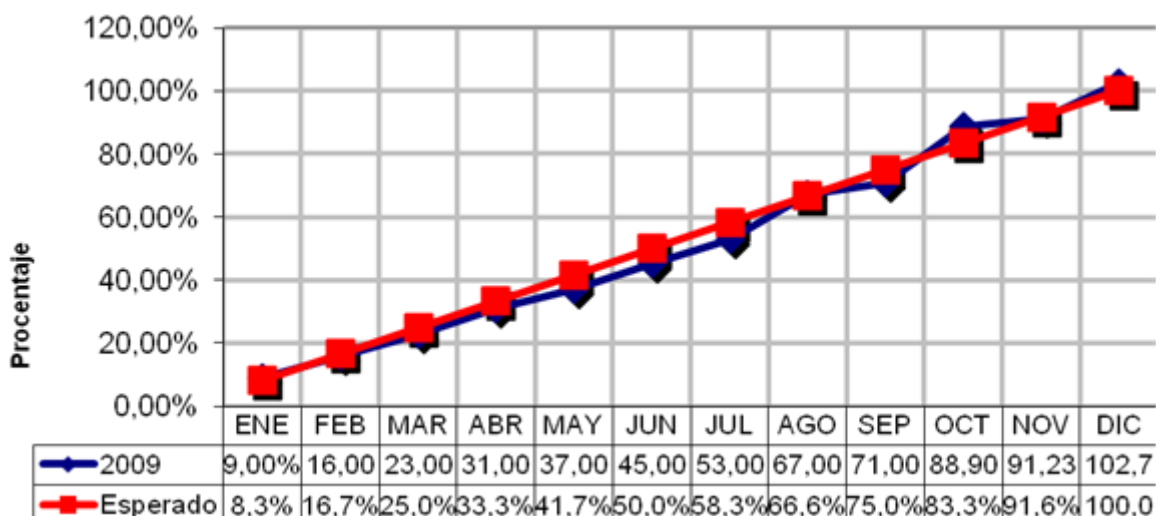
Además para reforzar el Programa de PAI el Municipio celebró un Convenio Interadministrativo con el Hospital Regional por medio del cual se garantizaron las coberturas de vacunación sobre el 95%, en este se incluyó la Contratación de una enfermera la cual realizo 1962 canalizaciones en el área urbana y rural con la aplicación de 6.212 dosis de vacuna, con énfasis en inmunoprevenible y así mismo se apoyó con logística y desplazamiento en las actividades programadas.

**Gráfico N° 35: Coberturas de Vacunación "POLIO". Municipio de LIBANO, 2009.**



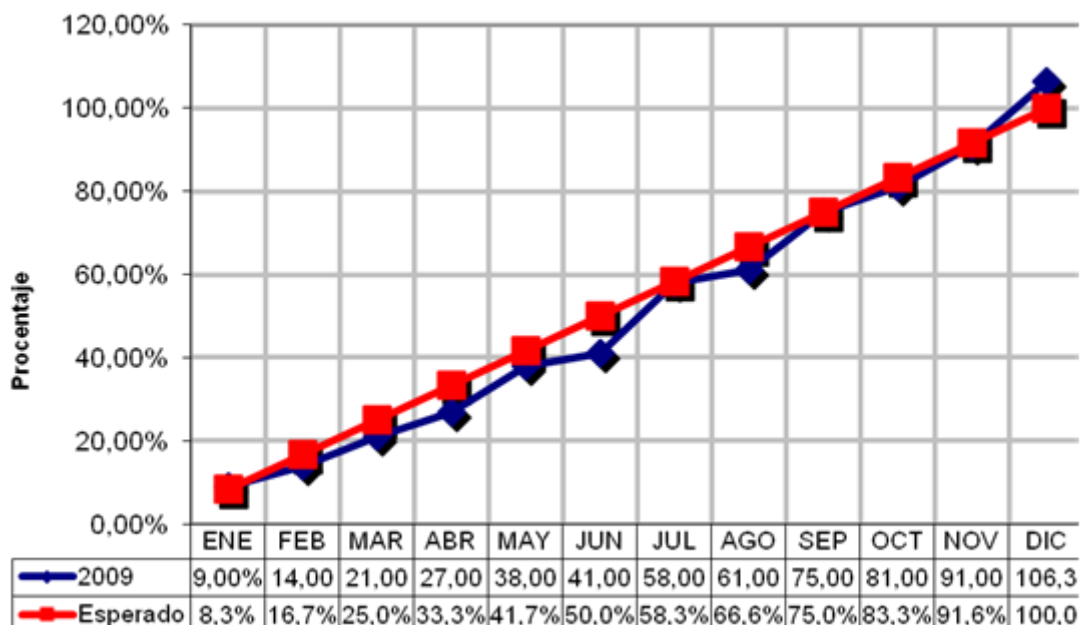
En la vigencia respecto 2009, se evidencio una cobertura UTIL de vacunación con Pentavalente del 102.74% en niños y niñas menores de 2, 4, y 6 meses de edad.

**Gráfico N° 36: Coberturas de Vacunación "PENTAVALENTE". Municipio de LIBANO.**



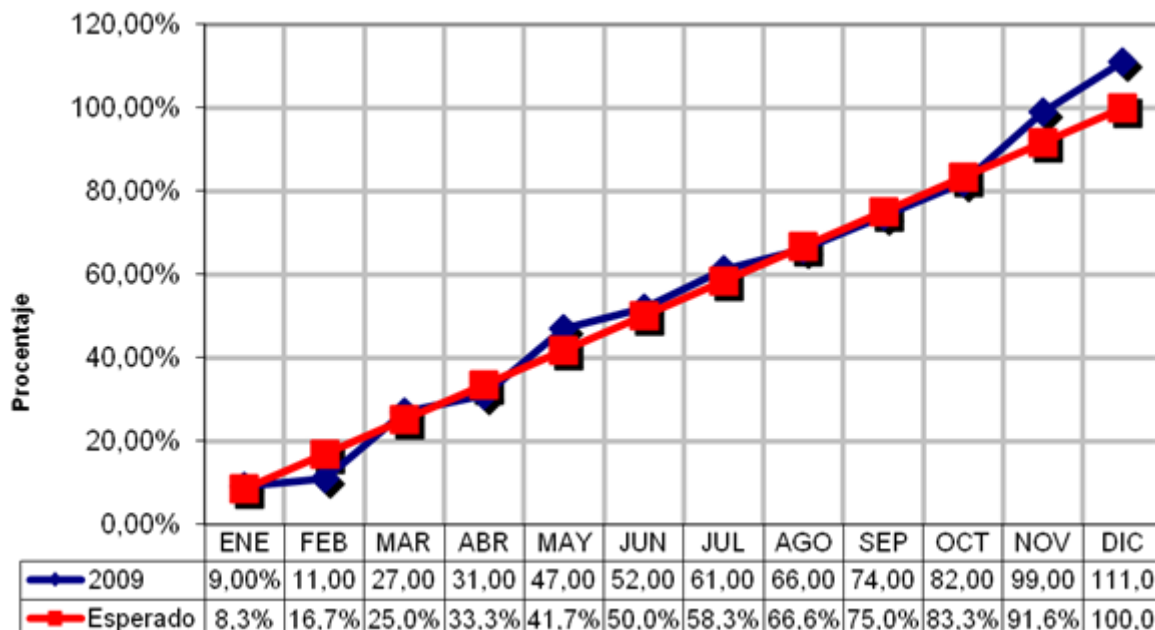
En la vigencia respecto 2009, se evidencio una cobertura UTIL de vacunación con BCG del 106.32% en niños y niñas recién nacidos

**Gráfico N° 37. Coberturas de Vacunación "BCG". Municipio de LIBANO**



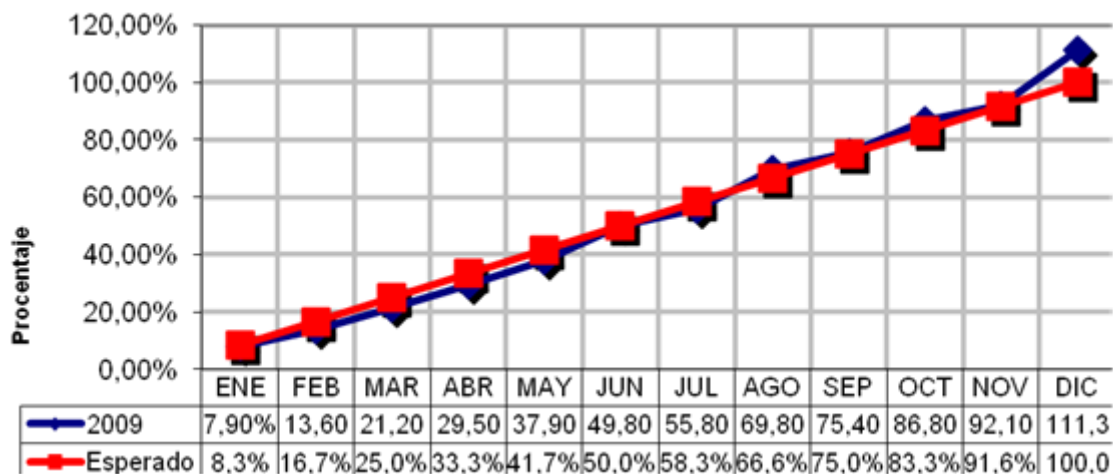
En la vigencia respecto 2009, se evidencio una cobertura UTIL de vacunación con fiebre amarilla del 111.05% en niños y niñas de un año

**Gráfico N°38: Coberturas de Vacunación "FIEBRE AMARILLA". Municipio de LIBANO**



En la vigencia respecto 2009, se evidencio una cobertura UTIL de vacunación con Sarampión del 111.31% en niños y niñas de 6 a11 meses de edad.

**Gráfico N°39: Coberturas de Vacunación "SARAMPION". Municipio de LIBANO.**



## CAPITULO 4. SITUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### 4.1 Producción de Servicios

El municipio del Líbano cuenta con un Hospital Regional de nivel II de complejidad, que permite brindar a la población servicios de salud básicos y complementarios que benefician no solo a la comunidad Libanense, sino a su área de influencia con los siguientes servicios:

#### 4.1.1 Servicios de Promoción y Prevención

**4.1.2 Servicios de Apoyo Ambulatorio:** Consulta de urgencias, durante las 24 horas, todos los días del año se prestan los siguientes servicios: consulta médica general, consulta especializada, observación y procedimientos.

- **Procedimientos Quirúrgicos**
- **Consulta Médica General**
- **Consulta Externa Médica Especializada:**
  - Cirugía General
  - Ginecología y Obstetricia
  - Ortopedia
  - Anestesiología
  - Pediatría
  - Medicina Interna
  - Urología
  - Radiología
  - Oftalmología
  - Otorrinolaringología
  - Dermatología

#### **4.1.3 Servicio de apoyo terapéutico**

- Terapia Física y respiratoria
- Psicología
- Fonoaudiología
- Optometría
- Medicamentos

**4.1.4 Servicio de Ambulancias:** se cuenta con tres (3) ambulancias de transporte asistencial básico dependiendo de las condiciones clínicas del usuario, se apoya con un médico y una auxiliar de enfermería.

#### **4.1.5 Servicio de Apoyo Diagnostico:**

- Rayos x
- Electrocardiología
- Laboratorio Clínico
- Ecografía
- Patología
- Citología Vaginal
- Colposcopia
- Endoscopia Diagnostica
- Endoscopia Digestiva Alta
- Rectoscopia
- Bacaf

#### **4.1.6. Servicios de Hospitalización:**

- Medicina Interna
- Sala de partos
- Pediatría
- Cirugía General
- Ginecología Obstetricia
- Ortopedia

#### **4.1.7. Servicios Quirúrgicos:**

Se cuenta con dos salas de cirugía, dos salas de partos y una sala de legrados.

- Procedimientos de III nivel
- Eventrorrafias con o sin malla
- Colectectomía
- Liberación de adherencias peritoneales
- Histerectomías abdominales o vaginales
- Ortopedia excepto artroscopias
- Urología
- Cataratas

#### **4.1.8. UCI Neonatal y Pediátrica, en Convenio con la Clínica UROS**

#### **4.1.9. Otras IPS**

En el Municipio existen otras dos IPS privadas: MEDISALUD y GRUPO EMPRESARIAL SALUDCOOP, que prestan servicios de Consulta externa de primer nivel de complejidad y promoción y prevención.

La localización de los servicios está concentrada en la zona urbana, solo el Hospital regional a través de dos centros y dos puestos de salud ubicados en los corregimientos presta servicios de promoción y prevención y atención de parto y se programan brigadas a las veredas donde médico, odontólogo, optómetra, enfermera profesional, psicólogo y auxiliares de enfermería prestan servicios de salud a la Comunidad.-

Además existen 5 consultorios particulares Habilitados por la secretaría de Salud del Tolima, Laboratorios Clínicos, Consultorios odontológicos, de optometría y de especialistas que vienen los fines de Semanas de manera



habitual o de jornadas a prestar servicios de Salud especializados de ortodoncia, Dermatología, vasculares y otros.

Estos servicios son financiados con recursos del Sistema General de Participación y ETESA, los cuales van dirigidos a cubrir la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda clasificadas en los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN que no tienen afiliación a una Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S y población desplazada.

A pesar de los esfuerzos conjuntos entre el municipio y el Hospital Regional, para la racionalización de los recursos, la financiación del I Primer Nivel de Complejidad no alcanza, teniendo que recurrir a estrategias de priorización de población y programas, ello debido a que el municipio por estar en Ley 550, no dispone de recursos de otras fuentes que permitan fortalecerlo, y no cuenta con regalías suficientes en comparación con otros municipios que permitan inyectar recursos a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios en la demanda.

#### **4.2 Recursos Físicos.**

El estado general de las instalaciones, de los espacios y ambiente físico del Hospital Regional del Líbano es adecuado y se encuentran en buen estado de conservación. La característica predominante es el sobredimensionamiento del mismo, que ha obligado a la reubicación de servicios con el fin de ser más eficientes y racionales en cuanto a los costos. El Hospital ha presentado proyectos ante el Ministerio de La Protección Social y la Gobernación del Tolima para realizar el estudio de vulnerabilidad sísmica y el acondicionamiento del primer y segundo piso con el fin de adecuar áreas y corredores que impliquen mejoras en el recorrido de los pacientes. Se han hecho adecuaciones que garanticen seguridad ante riesgos ionizantes. a la necesidad de remodelación

del servicio de urgencias y su área de acceso con el fin de mejorar las condiciones de atención.

**4.3. Disponibilidad del Recurso Humano.**

**Tabla N°.54: Disponibilidad Recurso Humano en salud. Año 2011**

| <b>RECURSO HUMANO</b> | <b>VINCULADO<br/>SECTOR<br/>OFICIAL</b> | <b>VINCULADO<br/>SECTOR<br/>PRIVADO</b> | <b>TOTAL<br/>RECURSO<br/>HUMANO</b> | <b>TASA POR<br/>1.000<br/>HABITANTES</b> |
|-----------------------|---|---|-------------------------------------|--|
| MEDICO GENERAL        | 16                                      | 7                                       | 23                                  | 0.54                                     |
| BACTERIOLOGO          | 6                                       | 4                                       | 10                                  | 0.23                                     |
| ODONTOLOGO            | 2                                       | 7                                       | 9                                   | 0.21                                     |
| ENFERMERA             | 4                                       | 5                                       | 9                                   | 0.21                                     |
| AUX. DE ENFERMERIA    | 66                                      | 25                                      | 91                                  | 2.17                                     |
| TRABAJADORA SOCIAL    | 0                                       | 5                                       | 5                                   | 0.11                                     |
| PROMOTOR SANEAMIENTO  | 3                                       | 0                                       | 3                                   | 0.07                                     |
| VETERINARIOS          | 0                                       | 6                                       | 6                                   | 0.14                                     |
| PSICOLOGOS            | 1                                       | 9                                       | 10                                  | 0.23                                     |

FUENTE : Hospital Regional Líbano, Medisalud

La Tabla N°. 52. Muestra el principal recurso humano de atención en salud existente en el municipio con la correspondiente tasa de disponibilidad por habitante; la tasa del recurso humano se obtiene dividiendo el total del recurso humano según profesión entre la población total del municipio y se multiplica por la constante 1.000 Habitantes, las cuales comparándose con las tasas obtenidas con las recomendadas por el nivel nacional así:

- 1 Médico general por cada 2000 Habitantes
- 1 Odontólogo por cada 5000 Habitantes
- 1 Enfermera por cada 5000 Habitantes
- 1 Auxiliar de enfermería por cada 1000 Habitantes.
- 1 Promotora de Salud por cada 150-200 familias según dispersión de familias en el área rural.

Se concluye lo siguiente para el municipio del Líbano:

- Por cada 2000 habitantes se dispone de un médico.
- Por cada 5000 habitantes, se dispone de un Odontólogo
- Por cada 5000 habitantes, se dispone de una enfermera
- Por cada 1000 habitantes, se dispone de 2 auxiliares de enfermería, siendo el estándar de 1 por cada 1000 habitantes.

Lo anterior demuestra que el Municipio del Líbano, tiene una buena Oferta de talento humano en salud y hay demanda para la prestación de estos servicios.-

#### **4.4. RECURSOS FINANCIEROS**

##### **4.4.2. Fondo Local de Salud Municipal.**

Con respecto a los recursos financieros que administra el municipio a través del Fondo Local de Salud, se presenta a continuación el siguiente cuadro, donde se puede observar el comportamiento de los recursos del Fondo Local de Salud

durante los años 2004, 2005, 2006 y 2007, los cuales ascienden en cada vigencia a nivel general del Fondo Local, en lo que respecta a los recursos del programa de régimen subsidiado para la cofinanciación de nuevos cupos en dicho programa, el cual busca anualmente incrementar año tras año la vinculación de personas pobres en lo no cubiertos con subsidios a la demanda al SGSSS a través de una EPS-S del régimen subsidiado, además de los esfuerzos de promoción y prevención que debe hacer el municipio en la afiliación al régimen contributivo, evasión y elusión en dicho régimen; de igual manera se observa que los recursos de oferta tienden a disminuir vigencia tras vigencia, debido a que estos recursos son transformados por la Nación a SGP régimen subsidiado, teniendo en cuenta el incremento de personas afiliadas anualmente que pasan al régimen subsidiado. Con respecto a Salud Pública, se pudo observar una disminución importante en la vigencia 2006, la cual fue de manera general para todos los municipios del País:

**Tabla N°55. Recursos Fondo Local de Salud 2004 a 2007**

| <b>RECURSOS FONDO LOCAL DE SALUD (miles de pesos)</b> |              |              |              |              |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>VIGENCIAS</b>                                      | <b>2.004</b> | <b>2.005</b> | <b>2.006</b> | <b>2.007</b> |
| TOTAL FONDO LOCAL                                     | 3.878.995    | 4.400.675    | 5.142.709    | 6.551.661    |
| REG. SUBSIDIADO                                       | 2.876.608    | 3.265.757    | 4.187.871    | 5.568.336    |
| PRESTACION DE SERVICIOS                               | 765.539      | 873.155      | 738.475      | 766.018      |
| SALUD PUBLICA   | 236.848      | 261.763      | 216.363      | 217.307      |

## **CAPITULO 5. DEFINICIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA**

### **5.1. VISION**

Para el año 2015, Líbano – Tolima contará con una cobertura universal en aseguramiento, una red pública de prestadores de servicios fortalecida, viable, sostenible a largo plazo y con calidad en el servicio; y una población saludable y con buena calidad de vida.

## **5.2. MISION**

Garantizamos el cumplimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Municipio del Líbano, cumpliendo con el aseguramiento, la prestación de servicios a los pobres no cubiertos con subsidio, la salud Pública, la Promoción Social, la Prevención, vigilancia y control de riesgos Profesionales y la atención de emergencias y desastres con el propósito de mejorar el estado de Salud de la Población, El Plan de Salud Territorial del Municipio del Líbano, durante los próximos cuatro años, proyecta constituir procesos y procedimientos que le permitan desarrollarse administrativa y financieramente para lograr la plena satisfacción en salud de los habitantes.

## **5.3. PROPOSITO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población del municipio, para lograr en el mediano y largo plazo la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

## **5.4. ENFOQUES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

### **5.4.1. 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.

#### 5.4.2. Enfoques Determinantes de la Salud

- **Determinantes individuales**

- **Biológico:** Los determinantes biológicos son aquellos de carácter genético y que no pueden sufrir alteraciones.
- **Comportamiento:** Estos comportamientos incluyen actitudes, prácticas y hábitos relacionados con el estilo de vida.

- **Determinantes ambientales**

- **Ambiente Físico:** Como su nombre lo indica estos están relacionados con el ambiente de cada ser y este es solo de cada individuo.
- **Ambiente Social:** El ambiente social está conformado por las interacciones entre las personas, la cultura, el estilo de vida de una comunidad y el cómo se sienta cada individuo frente a esta.
- **Ambiente Económico:** está determinado por las actividades productivas de la población y las potencialidades del entorno.
- **Ambiente Político:** El ambiente político está conformado por las ideas y posturas políticas de la población y por los enfoques administrativos de los dirigentes.
- **Políticas públicas** que protejan a la población: Las políticas públicas son estrategias o lineamientos que se han concertado entre el sector público, privado y comunidad, los cuales están dirigidos a una

problemática específica que pretende definir las maneras de intervenir estas realidades

- **Ambiente Cultural:** Son los estilos de vidas establecidos por la comunidad desde la cotidianidad.

- **Determinantes de los servicios sociales**

- **De los servicios de salud.** Son aquellos que inciden en la prestación de los servicios de la salud equitativamente, con efectividad y calidad.
- **Otros servicios sociales.** Son aquellas políticas y mediaciones de los diferentes sectores que inciden de cierta manera que logran afectar la salud.

#### 5.4.3. **Enfoque de Gestión Social del Riesgo**

Con este enfoque de riesgo en salud pública se busca la identificación y modificación de los determinantes de la salud en el municipio, de tal manera que se pueda evitar la mortalidad prematura, la discapacidad evitable y dilatar la edad promedio de ocurrencia de enfermedades y poder predecir la probabilidad o identificar la amenaza de enfermar o morir prematuramente, se identifican los efectos de los determinantes de la salud sobre la población y se calculan las interacciones de los determinantes entre sí.

#### 5.5. **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.

❖ **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 mejora 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), 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.

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.

#### ➤ **Vigilancia en salud en el entorno laboral**

La vigilancia en salud en el entorno laboral vigila los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de

buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social.

➤ **Vigilancia Sanitaria**

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

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

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

La vigilancia en salud, aplicando todos sus procesos y componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población Colombiana, la cual permitirá al Ministerio de la Protección Social junto con el modelo de desarrollo general ajustar el Plan Nacional de Salud Pública.

Esta línea demanda el desarrollo de procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento. Esto lleva a una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el

sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad.

Requiere la construcción de alianzas entre el sector salud y los sectores como educación, medio ambiente, agua, y comunicación entre otros, para la innovación e introducción de nuevas tecnologías.

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 extra sectoriales 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 defina 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**

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

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

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.

La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. Además, fomenta la comunicación en salud, como estrategia que permite corregir las asimetrías en el manejo social del riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población Colombiana.

El Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, el Instituto Colombiano Agropecuario - ICA, el Instituto Nacional de

Cancerología - INC, el Instituto Dermatológico Federico Lleras; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, realizará las acciones de rectoría, seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas, estrategias, procedimientos, y acciones individuales y colectivas en salud pública, en el ámbito de sus competencias.

## **5.6. 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 políticosintersectoriales 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, medio ambiente, laboral, sanitario 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 extra sectorial 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**

- a. Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado, en su jurisdicción.
- b. Prestación de servicios de salud a la pobre, no asegurada, en lo establecido en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo.

- c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- 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 extra sectorial 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 contrareferencia, en su jurisdicción. A
- 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.

**5.7. PRIORIDADES Y METAS NACIONALES**

**5.7.1. Ejes programáticos:**

Las acciones incluidas en cada uno de los ejes programáticos del Plan de Salud Territorial, en el ámbito de sus competencias, se desarrollan a través de las siguientes áreas sub programáticas de obligatorio cumplimiento.

**5.7.1.1. Aseguramiento: Incluye las siguientes áreas sub programáticas de gestión**

- a. Promoción de la afiliación al SGSSS
- b. Identificación y priorización de la población a afiliar
- c. Gestión y utilización eficiente de los cupos del régimen subsidiado
- d. Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.
- e. Celebración de los contratos de aseguramiento
- f. Administración de la base de datos de afiliados
- g. Gestión financiera de los giros de los recursos
- h. Interventoría de los contratos del régimen subsidiado
- i. Vigilancia y control del aseguramiento

**5.7.1.2. Prestación y desarrollo de los servicios de salud: Incluye las siguientes áreas sub programáticas, en desarrollo de la política nacional de prestación de servicios de salud.**

- a. Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de la salud.
- b. Mejoramiento de la calidad en la atención de la salud
- c. Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de la IPS publica.

**5.7.1.3. Salud pública: Incluye las siguientes áreas sub programáticas de carácter individual y colectivo.**

- a. Acciones de promoción de la salud y calidad de vida
- b. Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, ambientales, sociales y sanitarios)
- c. Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento
- d. Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

**5.7.1.4. Promoción social: Incluye las siguientes áreas sub programáticas**

- a. Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de poblaciones especiales, tales como, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescentes y jóvenes.
- b. Acciones de salud en la Red para la Superación de la Pobreza Extrema – Red Juntos “UNIDOS”.
- c. Acciones educativas de carácter no formal dirigida a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social tales como, entorno saludable, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo. Desarrollo de modelos de atención a población indígena.

**5.7.1.5. Promoción social: Incluye las siguientes áreas sub programáticas**

- a. Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de poblaciones especiales, tales como, población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescentes y jóvenes.
- b. Acciones de salud en la Red para la Superación de la Pobreza Extrema – Red Juntos “UNIDOS”
- c. Acciones educativas de carácter no formal dirigida a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social tales como, entorno saludable, participación social,

discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo. Desarrollo de modelos de atención a población indígena.

**5.7.1.6. Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales:  
Incluye las siguientes áreas sub programáticas**

- a. Acciones de promoción de la salud y calidad de vida en ámbitos laborales
- b. Acciones de inducción en la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral en ámbitos laborales
- c. Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales y riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales.
- d. Acciones de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.
- e. Acciones de seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud del entorno laboral.

**5.7.1.7. Emergencias y desastres: Comprende las siguientes áreas  
sub programática**

- a. Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.
- b. Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- c. Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencia y desastre.
- d. Acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.

## **CAPITULO 6. DESARROLLO EJES PROGRAMATICOS**

### **6.1. ASEGURAMIENTO**

#### **6.1.1. DESCRIPCION Y PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS**

##### **6.1.1.1. Descripción de los Problemas**

El Municipio se encuentra con una cobertura 64.57%. Faltando un 26,81% es decir 8216 subsidios y se espera un crecimiento de 3198 subsidios durante el año 2012, 3198 subsidios para el año 2013, 3198 subsidios para el año 2014 y 2015 subsidios terminando el cuatrienio, lo que nos llevaría a estar muy cerca a la cobertura universal en aseguramiento en Salud.

Según lo establecido en la Ley 1122 de 2007 en su artículo noveno se deberá obtener la cobertura universal para el año 2009, lo que para nuestro municipio es muy factible debido a múltiples factores como: población muy flotante, el desplazamiento entre otros, de igual manera está la contratación de una entidad que realice una interventoría con calidad y en defensa de los usuarios.

La elusión y evasión de los pobladores que por su capacidad de pago o por estar laborando con ingresos superiores al salario mínimo o laborar en una empresa legalmente constituida, es función de la dirección local de salud

Por último se realizara un nuevo censo del SISBEN durante el año 2012 Metodología No 3., lo que nos dará las metas definitivas y a las que nos deberemos acoplar.

### **6.1.1.2. Descripción de las Necesidades**

El municipio del Líbano requiere la financiación de los siguientes proyectos:

7. Por lo menos 3198 cupos en el régimen subsidiado durante el 2012.
8. Subsidiar 3198 cupos en el régimen subsidiado durante el 2013.
9. Subsidiar 3198 cupos en el régimen subsidiado durante el 2014.
10. Subsidiar 3198 cupos en el régimen subsidiado durante el 2015.
11. Cofinanciación a la atención de los ciudadanos que se encuentren en tercer nivel del SISBEN o de aquellos usuarios del régimen contributivo que pierdan la calidad de subsidiado.
12. La financiación de la Población Pobre sin seguridad mientras se logran activar los cupos durante y el pago de los procedimientos NO POS-S mientras se igualan el POS-S al POS-C, durante los años 2012, 2012, 2014 y 2015.
13. La adecuación de la tecnología a los avances tecnológicos para la administración del aseguramiento en el municipio.
14. También, requiere la financiación del nuevo SISBEN 2012 – Metodología No 3.
15. Capacitación del personal para poder explotar los avances tecnológicos y así mejorar la administración del aseguramiento en Líbano.
16. Interventoría al régimen subsidiado.
17. Interventoría a la atención de la población pobre sin seguridad
18. Depuración de las bases de datos del SISBEN y del régimen subsidiado.

### **6.1.1.3. Priorización de los Problemas**

- Garantizarle la accesibilidad real a todos los procedimientos requeridos por los habitantes.



- Optimización de la calidad de la información de las bases de datos a través de la realización del SISBEN 2012 – Metodología No 3, con una excelente calidad en la información y las actividades paralelas que se deben desarrollar para mejorar la calidad de las bases de datos del régimen subsidiado.
- Capacitación a los funcionarios de la dirección local de salud en el manejo del aseguramiento y las herramientas de trabajo para lograr las metas en esta área.
- La contratación de la interventoría del aseguramiento con una empresa, que con su desempeño garantice la filosofía del aseguramiento en Líbano.

#### **6.1.1.4. Priorización de las Necesidades encontradas**

Establezcamos un orden a las necesidades encontradas:

1. La financiación de por lo menos 3198 cupos en el régimen subsidiado durante el 2012.
2. La financiación de la Población Pobre sin seguridad mientras se logran ampliar los cupos del régimen subsidiado y el pago de los procedimientos NO POS-S mientras se igualan el POS-S al POS-C, durante los años 2012.
3. La cofinanciación del censo del nuevo SISBEN 2012 – Metodología No3.
4. Depuración de las bases de datos del SISBEN y del régimen subsidiado, antes, durante y después de la encuesta del SISBEN 2012 – Metodología No 3.
5. Interventoría al régimen subsidiado
6. Interventora a la atención de la población pobre sin seguridad.
7. Capacitación del personal para poder explotar los avances tecnológicos y así mejorar la administración del aseguramiento en el Líbano.
8. Subsidiar a 3198 cupos en el régimen subsidiado durante el 2013.

9. Cofinanciación a la atención de los ciudadanos que se encuentren en tercer nivel del SISBEN o de aquellos usuarios del régimen contributivo que pierdan la calidad de subsidiado.
10. La financiación de la Población Pobre sin seguridad mientras se logran activar los cupos durante y el pago de los procedimientos NO POS-S mientras se igualan el POS-S al POS-C, durante los años 2012.
11. Para el 2013 se requiere financiar 3198 cupos del Régimen Subsidiado,
12. La financiación de la Población Pobre sin seguridad mientras se logran activar los cupos durante y el pago de los procedimientos NO POS-S mientras se igualan el POS-S al POS-C, durante los años 2013
13. La adecuación de la tecnología a los avances tecnológicos para la administración del aseguramiento en el municipio.
14. Para terminar el cuatrienio se requieren 3198 para mantener la cobertura universal.
15. La financiación de la Población Pobre sin seguridad mientras se logran activar los cupos durante y el pago de los procedimientos NO POS-S mientras se igualan el POS-S al POS-C, durante los años 2015.

#### **6.1.1.5. OBJETIVO GENERAL.**

Gestionar la afiliación al SGSSS de la población del municipio del Líbano a través de la promoción, asistencia técnica, inspección y vigilancia del proceso de aseguramiento para el logro de la cobertura universal con un manejo eficiente de los recursos.

##### **6.1.1.5.1. Objetivos a Mediano Plazo**

- Ampliar la cobertura del aseguramiento
- Garantizar la accesibilidad de la población al SGSSS
- Realizar el censo del SISBEN al 100% de la Población

- Depurar el 100% de la base de datos del SISBEN y del régimen subsidiado
- Contratar la interventoría del aseguramiento
- Capacitar a los funcionarios de aseguramiento.

#### **6.1.1.5.2. Objetivos a Largo Plazo**

- Lograr la cobertura universal en aseguramiento
- Mantener la óptima calidad de las bases de datos del SISBEN y del régimen subsidiado
- Mantener tecnológicamente viable a la Dirección Local de Salud.

#### **6.1.1.6. Línea Base**

- Población SISBENIZADA 41.190
- Población Subsidiada 26.905
- Población en contributivo 7.552
- Población sin aseguramiento 3198

#### **6.1.1.7. Metas**

##### **6.1.1.7.1. Metas a Mediano Plazo**

- Ampliar la cobertura del aseguramiento al 88.9% durante el 2012.
- Garantizar la accesibilidad de la población al SGSSS, en un 100% durante los cuatro años
- Encuestar con el censo del SISBEN a 31500 personas
- Depurar el 100% de la base de datos del SISBEN y del régimen subsidiado
- Contratar la interventoría de aseguramiento, durante los cuatro años.

- Capacitar a los funcionarios de aseguramiento, en toda la normatividad vigente y en las estrategias de depuración.

#### **6.1.1.7.2. Metas a Largo Plazo**

- Diseñar estrategias para alcanzar la cobertura universal en aseguramiento durante el 2012, 2013, 2014 y 2015.
- Mantener la óptima calidad de las bases de datos del SISBEN y del régimen subsidiado

### **6.2. PROMOCION DE LA AFILIACION AL SGSSS**

#### **6.2.1. Descripción**

Una de las funciones dada por la ley 715 de 2003 a las Direcciones locales de salud es la promoción de la afiliación al SGSSS, la cual consiste en visitar a los potenciales usuarios del sistema y enseñarle las formas como se puede estar afiliado al SGSSS.

Además, se les explica los deberes y derechos de encontrarse en el sistema, igualmente, se les enseña las consecuencias de la mala utilización del servicio, como se comete elusión y evasión y las actividades que deben desarrollar cuando pasan del régimen subsidiado al contributivo y viceversa para no ser expulsados de ninguno de ellos.

#### **6.2.2. Objetivos**

Promocionar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el municipio Líbano.

### 6.2.3. Línea Base

- 26.596 Afiliados al Régimen Subsidiado
- 7.963 Afiliados al Régimen Contributivo
- 1.081 Afiliados al Magisterio
- 618 Afiliados Ecopetrol, FMMM y otros

### 6.2.4. PRODUCTOS

Bases de datos actualizadas y depuradas de los afiliados al régimen contributivo, subsidiado y de la población pobre no asegurada.

### 6.2.5. CRONOGRAMA

#### Cronograma No 1 – Año 2012

| Descripción                  | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Contributivo         |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Régimen Subsidiado           |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Población Pobre No Asegurada |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

#### Cronograma No 2 – Año 2013

| Descripción          | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|----------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Contributivo |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Régimen Subsidiado   |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

|                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Población Pobre No Asegurada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Cronograma No 3 – Año 2014**

| Descripción                  | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|------------------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Contributivo         |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Régimen Subsidiado           |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Población Pobre No Asegurada |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

**Cronograma No 4 – Año 2015**

| Descripción                  | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|------------------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Contributivo         |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Régimen Subsidiado           |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Población Pobre No Asegurada |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

**6.2.6. Descripción de los Actores**

En este proceso participan:

- Director Local de Salud: Es el encargado de Coordinar las actividades de la Dirección Local de Salud, los contactos políticos y denuncias ante los entes de control.

- El Coordinador de Aseguramiento: Es el encargado realizar las visitas, desarrollar los informes o supervisar el desarrollo, si esta actividades son contratadas
- Ejecutor: Se encargara de dictar las charlas de promoción de la afiliación al SGSSS
- Los Usuarios, Son las personas objeto del de la afiliación; en cualquiera de los regímenes o en las personas pobres sin afiliación.
- Los Empleadores o patrones: En el régimen contributivo son los encargados de afiliar a sus trabajadores y aportar los recursos a para su funcionamiento
- Administrador de Base de Datos: Se encargara de depurar y establecer quienes se encuentran asegurados en el SGSSS.
- Depurador de Base de datos
- Las EPS que deben de entregar una información confiable
- La Dirección Departamental de Salud que debe depurar la información que reciba de las Direcciones Locales de Salud
- FIDUFOSYGA 2012 que debe cruzar la información recibida de las Direcciones Seccionales de Salud
- El ministerio que debe realizar el proceso administrativo para regular el sistema
- Los entes de control que deben supervisar su correcto funcionamiento.

#### **6.2.7. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto**

Los empleadores buscan disminuir los costos de funcionamiento, al evadir el pago de la seguridad social de sus trabajadores o al disfrazar la forma de contratación.

### **6.3. IDENTIFICACION Y PRIORIZACION DE LA POBLACION AFILIAR.**

#### **6.3.1. Descripción**

Al tener la totalidad de la población sisbenizada y las bases de datos de los Subsidiados en salud y los pertenecientes al régimen Contributivo, se puede establecer, las personas que teniendo las condiciones para pertenecer a los diferentes regímenes para la posterior priorización de los habitantes que requieren subsidio en salud.

#### **6.3.2. Objetivos**

- Identificar y concienciar a los habitantes sobre el régimen al que deben de pertenecer.
- Priorizar a los habitantes que cumplen con las condiciones para ser subsidiados y cuál sería su orden de ingreso.

#### **6.3.3. Metas**

- Se debe identificar al 100% de los afiliados que cumplen con las condiciones para pertenecer al régimen contributivo.
- Se mantendrá el 100% de los priorizados, en listados organizados y publicados para su conocimiento público.

#### **6.3.4. Indicadores**

- Número de personas identificadas en condiciones para estar en el régimen contributivo, por cada mes.



- Número de personas identificadas en condiciones para estar en el régimen contributivo del último mes menos.
- Número de personas identificadas en condiciones para estar en el régimen contributivo del mes anterior.
- Número de personas que ingresaron en el último mes al listado de priorizados.
- Número de personas que salieron en el último mes del listado de priorizados.

### 6.3.5. Línea Base

- 26.596 Afiliados al Régimen Subsidiado
- 7.963 Afiliados al Régimen Contributivo
- 1.081 Afiliados al Magisterio
- 618 Afiliados Ecopetrol, FMMM y otros
- 3198 Población No afiliada

### 6.3.6. Productos

- Listado de priorizados
- Base de datos depurada de régimen contributivo
- Base de datos depurada del régimen subsidiado
- Listado de suspendidos
- Listados de los habitantes que cambien de estado durante el periodo

### 6.3.7. Cronograma

#### Cronograma No 1 – Año 2012

| Descripción | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Régimen Contributivo   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Régimen Subsidiado     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Listado de Priorizados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cronograma No 2 – Año 2013**

| Descripción            | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|------------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Contributivo   |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Régimen Subsidiado     |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Listado de Priorizados |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

**Cronograma No 3 – Año 2014**

| Descripción          | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|----------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Contributivo |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Régimen Subsidiado   |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Listado Priorizados  |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

**Cronograma No 4 – Año 2015**

| Descripción          | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|----------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Contributivo |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Régimen Subsidiado   |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Listado de Priorizados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### 6.3.8. Descripción de los Actores

- El Secretario de Planeación con funciones en Salud : Es el encargado de Coordinar las actividades de la Dirección Local de Salud, los contactos políticos y denuncias ante los entes de control.
- El Coordinador de Aseguramiento: Es el encargado realizar las visitas, desarrollar los informes o supervisar el desarrollo, si esta actividades son contratadas.
- Los Usuarios, Son las personas objeto del de la afiliación; en cualquiera de los regímenes o en las personas pobres sin afiliación
- Los Empleadores apatrono: En el régimen contributivo son los encargados de afiliar a sus trabajadores y aportar los recursos a para su funcionamiento.
- El Coordinador de información: Se encargara de depurar y establecer quienes se encuentran asegurados en el SGSSS
- Las EPS que deben de entregar una información confiable
- La Dirección Seccional de Salud que debe depurar la información que reciba de las Direcciones Locales de Salud.
- FIDUFOSYGA 2012 que debe cruzar la información recibida de las Direcciones Seccionales de Salud.
- El ministerio que debe realizar el proceso administrativo para regular el sistema.
- Los entes de control que deben supervisar su correcto funcionamiento.

### 6.3.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto.

- Falta de base de datos actualizada del régimen contributivo.
- Bases de datos con baja calidad por parte de las EPS-C
- Procesos incompletos por FIDUFOSYGA, con la validación de las Bases de datos del régimen contributivo
- Incapacidad del Ministerio de la Protección Social para lograr que las EPS-C soloinforme de las personas que se encuentran activas en el régimen contributivo
- Conocimiento técnico para realizar los cruces de bases de datos

#### **6.4. GESTIÓN Y UTILIZACIÓN EFICIENTE DE LOS CUPOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

##### **6.4.1. Descripción**

El Municipio de Líbano requiere gestionar, durante el 2012, 2013, 2014, y 2015 la financiación de los cupos que requiere para lograr la cobertura universal y poder tramitar la consecución de los cupos en lo que crezca la población durante los años de 2013, 2014 y 2015 para mantener y lograr la cobertura universal.

Es básico para lograr esta tarea, que el SISBEN sea de cobertura total en el Municipio y con excelente calidad.

De igual forma, se requiere mejorar la calidad de la información de las bases de datos del régimen subsidiado, mediante la verificación de la información a través de cruces de bases de datos y apoyado a través de trabajo de campo

Por último, la buena gestión de las bases de datos también depende los cruces de bases de datos con la base de datos de las EPS-S, además, de enviar las novedades presentadas cada mes a la Dirección Seccional de Salud de Tolima durante el periodo 2012- 2015.

#### **6.4.2. Objetivos**

- Gestionar los cupos para ampliar la cobertura del régimen subsidiado en un 89.1% durante el 2012, en un 93.0%, durante el 2013, en un 96.9% en el 2014 y cobertura universal en el 2015.
- Depurar en un 100% las bases de datos del régimen subsidiado.
- Enviar el 100% de las Novedades durante el cuatrienio 2012 – 2015
- Lograr que las bases de datos de las EPS-S y la base de datos del Municipio coincidan en su totalidad.

#### **6.4.3. Metas**

- El 89.1% de cobertura en salud, durante el 2012.
- El 93.0% de cobertura en salud, durante el 2013.
- El 96.9.0% de cobertura en salud, durante el 2014
- Cobertura universal al finalizar el 2015
- Que el 90% de las bases de datos del régimen subsidiado del Municipio de Líbano, suban a la BDUA durante el 2012
- Que el 100% de las bases de datos del régimen subsidiado del Municipio de Líbano, suban a la BDUA durante el 2013.
- Que se mantenga el 100% de la bases de datos del régimen subsidiado del Municipio de Tolima, en la BDUA.
- Mantener depurada en 100% las bases de datos del régimen subsidiado durante el cuatrienio 2012 – 20015.
- Enviar las novedades mensualmente a la Dirección Seccional de Salud de Tolima.
- La coincidencia del 100% de las bases de datos de las EPS-S con la del Municipio.

#### 6.4.4. Indicadores

- Porcentaje de cobertura = (cantidad de personas en el SISBEN menos población pobre sin aseguramiento) sobre (cantidad de personas en el SISBEN) por cien
- Porcentaje de bases de datos en la BDUA = (Cantidad de registros arriba en BDUA) sobre (Cantidad de población contratada con las EPS-S) por cien.
- Porcentaje de depuración = (Cantidad de errores encontrados en un mes en la bases de datos) sobre (Cantidad de población contratada con las EPS-S)
- Cantidad de Novedades de ingreso enviadas por mes
- Cantidad de Novedades de corrección o de egresos enviadas por mes
- Porcentaje de coincidencia de bases de datos EPS-S Municipio = (Cantidad de registros coincidentes de las bases de datos de las EPS-S y la base de datos del municipio) sobre (Cantidad de población contratada con las EPS-S)

#### 6.4.5. Línea Base

- Cobertura en salud 64.57.%
- Base de datos que ha subido a la BDUA 90%
- Porcentaje de depuración 90%
- De novedades de ingresos 2012
- Novedades de corrección o Egresos 2012
- Coincidencia de bases de datos EPS-S y Municipio 90%

#### 6.4.6. Productos

Estos productos se deben entregar por mes:

- Bases de datos del régimen contributivo
- Bases de datos del régimen subsidiado
- Base de datos en BDUA
- Base de datos por fuera de BDUA
- Listado de duplicidades Internas, Externas, con otros municipios, con el contributivo.
- Bases de datos maestro de ingresos
- Archivo de novedades
- Bases de datos coincidentes y no coincidentes dentro del cruce de bases de datos de las EPS-S con el Municipio.
- Correspondencia entregada al municipio para ser enviada a las EPS-S con los hallazgos

#### 6.4.7. Cronograma

##### Cronograma No 1 – Año 2012

| Descripción                    | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Base Datos Contributivo        |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base Datos Subsidiado          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos BDUA                |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos por fuera BDUA      |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Internas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Externas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos maestros de Ingreso |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Archivo de Novedades           |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Bases datos maestro Ingresos   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Archivo Novedades  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bases de datos coincidentes y no coincidentes dentro del cruce de bases de datos de las EPS-S con el Municipio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Correspondencia entregada al municipio para ser enviadas a las EPS- S con los hallazgos                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cronograma No 2 – Año 2013**

| Descripción                    | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Base Datos Contributivo        |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base Datos Subsidiado          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos BDUA                |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos por fuera BDUA      |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Internas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Externas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos maestros de Ingreso |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Archivo de Novedades           |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Bases datos maestro Ingresos   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Archivo Novedades  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bases de datos coincidentes y no coincidentes dentro del cruce de bases de datos de las EPS-S con el Municipio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Correspondencia entregada al municipio para ser enviadas a las EPS- S con los hallazgos                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cronograma No 3 – Año 2014**

| Descripción                    | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Base Datos Contributivo        |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base Datos Subsidiado          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos BDU A               |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos por fuera BDU A     |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Internas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Externas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos maestros de Ingreso |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Archivo de Novedades           |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Bases datos maestro Ingresos   |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Archivo Novedades  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bases de datos coincidentes y no coincidentes dentro del cruce de bases de datos de las EPS-S con el Municipio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Correspondencia entregada al municipio para ser enviadas a las EPS- S con los hallazgos                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cronograma No 4 – Año 2015**

| Descripción                    | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Base Datos Contributivo        |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base Datos Subsidiado          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos BDUA                |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos por fuera BDUA      |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Internas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Duplicidades Externas          |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Base datos maestros de Ingreso |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Archivo de Novedades           |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Bases datos maestro Ingresos   |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Archivo Novedades  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bases de datos coincidentes y no coincidentes dentro del cruce de bases de datos de las EPS-S con el Municipio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Correspondencia entregada al municipio para ser enviadas a las EPS- S con los hallazgos                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### 6.4.8. Descripción de los Actores

- El Secretario de Planeación con funciones en Salud: Es el encargado de Coordinar las actividades de la Dirección Local de Salud, los contactos políticos y denuncias ante los entes de control.
- El Coordinador de Aseguramiento: Es el encargado realizar las visitas, desarrollar los informes o supervisar el desarrollo, si esta actividades son contratadas.
- Los Usuarios, Son las personas objeto del de la afiliación; en cualquiera de los regímenes o en las personas pobres sin afiliación
- Los Empleadores o patrono: En el régimen contributivo son los encargados de afiliara sus trabajadores y aportar los recursos a para su funcionamiento
- El Coordinador de información: Se encargara de depurar y establecer quienes seencuentran asegurados en el SGSSS
- Las EPS que deben de entregar una información confiable
- La Dirección Seccional de Salud que debe depurar la información que reciba de las Direcciones Locales de Salud

- FIDUFOSYGA 2012 que debe cruzar la información recibida de las Direcciones Seccionales de Salud
- El ministerio que debe realizar el proceso administrativo para regular el sistema
- Los entes de control que deben supervisar su correcto funcionamiento.

#### **6.4.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto.**

- Calidad de la información del SISBEN.
- Compresión de las causales de glosa emitidas por FIDUFOSYGA.
- Localización de la población para confirmar la información.

#### **6.5. ADECUACIÓN TECNOLÓGICA Y RECURSO HUMANO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN EL MUNICIPIO.**

##### **6.5.1. Descripción.**

En concordancia con lo establecido en el artículo 44 de la ley 715 de 2001, las direcciones locales de salud se conforman por las área de coordinación, aseguramiento, Salud pública y de informática.

En la Dirección Local de Salud, no se cuenta con un gerente de información, tampoco se cuenta con un funcionario encargado del área de aseguramiento y tampoco con un coordinador en salud pública, lo que muestra que esta dependencia presenta serios problemas para funcionar como lo establece la norma.

### 6.5.2. Objetivos

- Adecuar y Educar de Recurso Humano
- Actualizar tecnología.

### 6.5.3. Metas

- Adecuar de funcionario el área de aseguramiento
- Capacitar al funcionario de aseguramiento e información para que aprendan a controlar la calidad de las bases de datos
- Capacitar al 100% del funcionario de aseguramiento e información, en el manejo de la plataforma para manejar las bases de datos
- Capacitar al 100% del funcionario de aseguramiento e información, en el manejo de Excel avanzado.
- Conocer la normatividad vigente en aseguramiento.

### 6.5.4. Indicadores

- Porcentaje de funcionarios

De aseguramiento e informática =  $\frac{\text{cantidad de personas que saben cruzar bases de datos}}{\text{Que cruzan BDD}}$  3

- Porcentaje de funcionarios de

Aseguramiento e informó. =  $\frac{\text{cantidad de personas que saben controlar la calidad de servicios}}{\text{Controlan la calidad de servicios}}$  3

- Porcentaje de funcionarios de

Aseguramiento e informática. =  $\frac{\text{cantidad de personas que saben manejar la plataforma de BDD}}{\text{Manejen la plataforma de BDD-}}$  3

- Porcentaje de funcionarios de

Aseguramiento e informática =  $\frac{\text{cantidad de personas que saben Excel avanzado}}{\text{Que manejan Excel avanzado}}$  3

### 6.5.5. Línea Base

- No hay funcionario de aseguramiento e informática que manejen bases de datos
- 50% de conocimiento de la normatividad y por tanto, no se conoce la calidad de atención de los asegurados
- No hay funcionario que conozca el manejo de la plataforma de manejo de bases de datos
- No hay funcionario de aseguramiento e informática que conozcan conocen el Excel básico.

### 6.5.6. Productos

- Bases de datos de óptima calidad
- Listado de priorizados permanentes
- Reemplazos oportunos de las personas que pierden la calidad de afiliado
- Explotación del máximo potencial de la plataforma para el manejo de las bases de datos
- Manejo de Excel avanzado
- Explotación eficiente del desarrollo técnico de los equipos de computo.

### 6.5.7. Cronograma

#### Cronograma No 1 – Año 2012

| Descripción   | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Conocimiento de las Normas de bases de datos vigentes |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Capacitación Continua para Manejar Bases de datos                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Capacitación Continua en el Manejo de Excel Avanzado                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Actualización continua en el desarrollo de tecnología de computación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cronograma No 2 – Año 2013**

| Descripción  | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Conocimiento de las Normas de bases de datos vigentes                |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Capacitación Continua para Manejar Bases de datos                    |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Capacitación Continua en el Manejo de Excel Avanzado                 |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Actualización continua en el desarrollo de tecnología de computación |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

**Cronograma No 3 – Año 2014**

| Descripción   | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Conocimiento de las Normas de bases de datos vigentes |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Capacitación Continua para Manejar Bases de datos     |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Capacitación Continua en el Manejo de Excel Avanzado                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Actualización continua en el desarrollo de tecnología de computación |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cronograma No 4 – Año 2015**

| Descripción  | En. | Feb. | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Conocimiento de las Normas de bases de datos vigentes                |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Capacitación Continua para Manejar Bases de datos                    |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Capacitación Continua en el Manejo de Excel Avanzado                 |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Actualización continua en el desarrollo de tecnología de computación |     |      |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

**6.5.8. Descripción de los Actores**

- El Coordinador de información: mantenerse actualizado en la evolución de la tecnología y buscar su mayor rendimiento.



- El Secretario de Planeación con funciones en Salud: Es el encargado de Coordinar las actividades de la Dirección Local de Salud, los contactos políticos.
- El Coordinador de Aseguramiento: Es el encargado mantenerse al tanto de los cambios normativos.
- El interventor: Es el encargado de explotar todo el rendimiento del desarrollo tecnológico.

#### **6.5.9. Identificación de los Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto.**

- La inestabilidad de los funcionarios que desarrollan los procesos
- La velocidad de evolución de la tecnología
- La inestabilidad en la normatividad

### **6.6. CELEBRACIÓN DE LOS CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO**

#### **6.6.1. Descripción**

Según lo establecido en el artículo 45 del acuerdo 244, los contratos se deben celebrar por un periodo de un año, iniciando el primero (1º) de abril y terminan el treinta y uno (31) de Marzo del año siguiente y se pueden prolongar hasta por dos años más.

El proceso incluye la seguridad de que la población existe en el municipio, establecer que la bases de datos cumplan con las condiciones vigentes, gestionar las disponibilidades presupuestales, diligenciar el contrato, perfeccionar el contrato al firmarlo por las partes, radicar las bases de datos y radicar los contratos ante la dirección seccional de salud.

### 6.6.2. Objetivos.

- Ajustar el acto administrativo de conformidad a las matrices emitidas por el Ministerio de Salud.
- Realizar el acto administrativo de compromiso de recursos que garantice la continuidad de la población afiliada.
- Gestionar la contratación de la ampliación a cobertura universal antes del 31 de diciembre de 2015, para I y II nivel de SISBEN
- Mantener contratada las coberturas universales para I y II nivel del SISBEN durante 2013 y 2015.

### 6.6.3. Metas

- Perfeccionar el 100% de los actos administrativos y sus ajustes con las EPS-S con población en el municipio.
- Garantizar la continuidad al 100% de la población que se encuentra subsidiada.
- Mantener los procesos de afiliación permanentes para lograr la cobertura a el 100% de la Población en niveles I y II del SISBEN antes del 31 de diciembre de 2015
- Garantizar la continuidad del 100% de las coberturas para I y II nivel del SISBEN durante 2013 y 2014

### 6.6.4. Indicadores

- Porcentaje

$$\text{Actos administrativos} = \frac{\text{Nº de actos administrativos perfeccionados}}{\text{Nº de ajustes realizados por el Ministerio}} \times 100$$

- Porcentaje

De la población que se =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de población subsidiada cubierta} \times 100}{\text{Encuentra subsidiada}}$

Nº de población potencialmente beneficiaria

- Porcentaje de

Garantía de la =  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de población subsidiada contratada} \times 100}{\text{Población Anterior}}$

Nº de población subsidiada al final del año

Anterior

2013 y 2014

- Porcentaje de

Ampliación de la =  $\frac{26596 - \text{N}^\circ \text{ de población subsidiada contratada} \times 100}{\text{Población afiliada}}$

Nº de población subsidiada

2012 y 2013

#### **6.6.5. Línea Base**

- Se tiene acto administrativo que garantiza continuidad 2012
- Se tiene contratados 26.592 subsidios totales
- No hay subsidios parciales.

#### **6.6.6. Producto**

- Actos administrativos Celebrados.

#### **6.6.7. Cronograma**

### **Cronograma No 1 – Año 2012**

| Descripción              | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Celebración de Contratos |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

### Cronograma No 2 – Año 2013

| Descripción              | Ene. | Feb | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------|------|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Celebración de Contratos |      |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

### Cronograma No 3 – Año 2014

| Descripción              | Ene. | Feb | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------|------|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Celebración de Contratos |      |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

### Cronograma No 4 – Año 2015

| Descripción              | Ene. | Feb | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------------|------|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Celebración de Contratos |      |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

***NOTA:*** Se pueden presentar periodos de contratación especial, previa autorización CNSSS o quien haga sus veces.

#### 6.6.8. Descripción de los Actores.

- Alcalde municipal: Es quien celebra el acto administrativo en representación del municipio
- Director Local de Salud: Es el encargado de coordinar a todos los actores del proceso y vigilar los tiempos
- Tesorero municipal: Es el encargado de definir y certificar las fuentes de financiación
- Funcionario de aseguramiento: es el encargado de realizar la parte operativa del proceso
- Funcionario de informática: es el encargado de las bases de datos

#### **6.6.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto**

- Aprobación del presupuesto municipal.
- Concejo municipal y sus funciones legales.
- Ministerio de salud y sus funciones legales.

#### **6.7. ADMINISTRACION DE BASE DE DATOS.**

##### **6.7.1. Descripción**

Las bases de datos es el listado de las personas objeto de la contratación de aseguramiento por subsidios, por tanto de la buena calidad de la información depende gran parte de la accesibilidad al sistema, su oportunidad entre otras condiciones.

Se debe observar la resolución 812 de 2007 y las demás normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen, para evitar problemas de atención y de flujo de recursos.

### 6.7.2. Objetivos

- Mantener las bases de datos sin duplicidades interna, externas dentro del régimen subsidiado, tampoco con el régimen contributivo y menos con los regímenes especiales.
- Observar la estructura definida por la normatividad vigente.
- Coordinar con la base de datos del SISBEN y los listados censales para cumplir con la normatividad vigente.
- Enviar las novedades mensualmente.
- Mantener las bases de datos del municipio, las de las EPS-S y la de la fiducia del FOSYGA iguales.

### 6.7.3. Metas

- Depuración de la base de datos en un 100%
- Cumplir en un 100% con la estructura vigente
- El 100% de la base de datos del régimen subsidiado debe encontrarse soportada por la base de datos del SISBEN y de los listados censales
- Enviar todos los meses las novedades a la dirección seccional de salud
- Mantener las diferencias en las bases de datos en cero

### 6.7.4. Indicadores

- Porcentaje de  $= \frac{(1 - \text{cantidad de registros duplicados en la base de datos}) \times 100}{\text{cantidad de cupos contratados}}$   
 Depuración  
 Bases de datos

- Porcentaje de  $= \frac{(1 - \text{cantidad de registros con problemas de estructura}) \times 100}{\text{cantidad de cupos contratados}}$   
 Estructura  
 Bases de datos

- $\text{Porcentaje} = \frac{(1 - \text{cantidad de registros no SISBEN y No listados censales}) \times 100}{\text{cantidad de cupos contratados}}$

De usuarios

cantidad de cupos contratados

SISBENIZADOS

O en listados

- $\text{Porcentaje de envíos} = \frac{12 - \text{los envíos realizados}}{12} \times 100$

De novedades

12

- Cantidad de diferencias de bases de datos entre el municipio y EPSS

- Porcentaje de bases de datos en el FTP

#### **6.7.5. Línea Base**

- Porcentaje de depuración de bases de datos 90%
- Porcentaje de cumplimiento con la estructura de bases de datos 90%
- Porcentaje de Usuarios SISBENIZADOS y en listados censales 100%.
- Porcentaje de Bases de datos en FTP 90%.

#### **6.7.6. Productos**

- Bases de datos
- Novedades
- Actas de auditoría y concertación.

#### **6.7.7. Cronograma**

### **Cronograma No 1 – Año 2012**

| Descripción   | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Depuración de Bases de Datos                            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Cumplimiento de estructura                              |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Concordancia de Base con SISBEN y listados censales     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Diferencias de bases de datos con la EPS-S y municipios |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Bases de datos aceptadas por la FIDUCIA                 |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Reporte de Novedades                                    |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

### Cronograma No 2 – Año 2013

| Descripción   | Ene | Feb | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Depuración de Bases de Datos                            |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Cumplimiento de estructura                              |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Concordancia de Base con SISBEN y listados censales     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Diferencias de bases de datos con la EPS-S y municipios |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Bases de datos aceptadas por la FIDUCIA                 |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Reporte de Novedades                                    |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

### Cronograma No 3 – Año 2014

| Descripción | Ene | Feb | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-------------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
|-------------|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|



|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Depuración de Bases de Datos                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cumplimiento de estructura                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Concordancia de Base con SISBEN y listados censales     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diferencias de bases de datos con la EPS-S y municipios |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bases de datos aceptadas por la FIDUCIA                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reporte de Novedades                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Cronograma No 4 – Año 2015

| Descripción   | Ene | Feb | Mar | Abr | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Depuración de Bases de Datos                            |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Cumplimiento de estructura                              |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Concordancia de Base con SISBEN y listados censales     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Diferencias de bases de datos con la EPS-S y municipios |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Bases de datos aceptadas por la FIDUCIA                 |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Reporte de Novedades                                    |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |

#### 6.7.8. Descripción de los Actores

- Funcionario de información municipal: Se encarga de mantener la información en el municipio
- Funcionario de información EPS-S: Se encarga de mantener la información en la EPS-S
- Funcionario de información de la fiducia: Se encarga de mantener la información en la fiducia del FOSYGA
- Auditor municipal: encargado de verificar el proceso

### **6.7.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto.**

- Calidad de la información de las EPS-C
- Velocidad de comunicación de la información
- Calidad de la información del SISBEN

## **6.8. GESTION FINANCIERA DEL GIRO DE LOS RECURSOS**

### **6.8.1. Descripción**

Los tiempos en los giro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, están normados por la Ley 1438 de 2011 y reglamentado por el Decreto 971 de 2011 modificado por el Decreto 1700/11 y 3830 de 2011, apoyados en el Decreto 3260 de 2004 y demás actos que modifican, derogan o sustituyan.

De conformidad al Decreto 971 de 2011 modificado por el Decreto 1700/11 y 3830 de 2011, establece entre otras cosas, el giro de los recursos hacia las EPS-S e IPS-S se realizará de dos maneras: Recursos girados directamente por la nación fuente SGP y FOSYGA los cuales deben ser afectados en los presupuestos Municipales sin situación de fondos; los girados por el Municipio correspondiente al esfuerzo propio Municipal y departamental, los cuales presupuestalmente tienen fondos y se pagan de conformidad a la Liquidación Mensual de Afiliados emitida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social de manera mensual, en todo caso garantizando el flujo de recursos dentro de los diez (10) primeros días de cada mes.

### **6.8.2. Objetivos**

Cumplir con los tiempos para mantener el flujo de recursos hacia las EPS-S e IPS en forma eficiente.

### **6.8.3. Metas**

- En el régimen subsidiado, girar dentro de los 10 primeros días de cada de conformidad a la liquidación mensual de afiliados dispuesta por parte del Ministerio de Salud

#### 6.8.4. Indicadores

- Días de pago después de los diez primeros días calendario iniciales de cada mes.

#### 6.8.5. Línea Base

- Cero días después de los diez primeros días calendario de iniciado el mes

#### 6.8.6. Productos

- Pagos a la EPS-S
- Pago a la ESE en caso de autorización de recursos por parte de las EPS-S

#### 6.8.7. Cronograma

##### CRONOGRAMA 1. – AÑO 2012

| Descripción        | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Subsidiado |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

##### CRONOGRAMA 2. – AÑO 2013

| Descripción        | En. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Subsidiado |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

##### CRONOGRAMA 3. – AÑO 2014

| Descripción        | En. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Subsidiado |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

##### CRONOGRAMA 4. – AÑO 2015

| Descripción        | En. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Régimen Subsidiado |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

### **6.8.8. Descripción de los Actores**

- Ministerio de Salud y protección Social, encargado de emitir la Liquidación Mensual de Afiliados
- Director Local Salud: Autoriza los pagos administrativamente
- Jefe de Presupuesto: Realiza las cuentas
- Tesorero: Gira los recursos.

### **6.8.9. Identificación de las Posibles Externalidades Que puedan Afectar Los Logros del Proyecto.**

- Demora en la publicación de la liquidación mensual de afiliados por parte del Ministerio de Salud y protección Social
- Demora en el giro de los recursos de la cofinanciación Departamental a la cuenta maestra del Municipio
- No disponibilidad de recursos para cofinanciar el esfuerzo propio Municipal

## **6.9. AUDITORIA DE LAS OBLIGACIONES DEL REGIMEN SUBSIDIADO**

### **6.9.1. Descripción**

En la resolución 660 de 2008 se definió la interventoría del régimen subsidiado en su artículo 3 "La interventoría se define como una herramienta de acompañamiento, seguimiento, verificación y evaluación de la operación del Régimen Subsidiado en la entidad territorial. Tendrá un alcance integral y adelantará las acciones que permitan que los procesos de operación del Régimen Subsidiado tales como la identificación, selección y priorización de beneficiarios, afiliación, contratación y gestión financiera del Régimen Subsidiado, se lleven a cabo de conformidad con lo previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y las demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes sobre la materia.

En desarrollo de la auditoria se debe verificar el cumplimiento de las obligaciones de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud de los afiliados, el flujo y uso de los recursos del Régimen Subsidiado, y proponer las acciones, correctivos e instrumentos que contribuyan al mejoramiento continuo del Régimen Subsidiado por parte de la entidad territorial."

### 6.9.2. Objetivos

- Realizar un acompañamiento al ente territorial durante el desarrollo del acto administrativo de compromiso de recursos y las obligaciones de los actores en el Régimen Subsidiado.
- Efectuar el seguimiento a las EPS-S en su actividad de aseguramiento de la población contratada
- Verificar que, a los usuarios que se encuentran en las Bases de Datos, se le garanticen la accesibilidad, la calidad y la oportunidad en los procesos y procedimientos establecidos en el POS-S
- Permitir la evaluación de la operación del régimen subsidiado durante la vigencia.

### 6.9.3. Metas

- Revisar el 100% de los soportes que garantice la continuidad.
- 100% de los afiliados cargados en la BDUA FOSYGA
- Verificar a las EPS-S la contratación del 100% de los niveles de complejidad y las patologías
- Verificar la satisfacción de los usuarios por encuesta en el 95%
- Verificar el porcentaje de cumplimiento de las matrices de P y P.

### 6.9.4. Indicadores

- % de soportes de continuidad =  $\frac{\# \text{ de continuidad revisados} \times 100}{\# \text{ actos administrativos}}$
- % afiliados cargados BDUA =  $\frac{\# \text{ de afiliados cargados BDUA} \times 100}{\# \text{ De afiliados Municipio}}$
- Se valorara en 55 puntos cuando esté completa la contratación de bajacomplejidad, 30 puntos cuando esté completa la cobertura en mediacomplejidad y 15 puntos cuando esté completa la alta complejidad. Los puntos intermedios serán dados proporcionales a la cobertura lograda.;
- Porcentaje de cumplimiento de metas de P y P

### 6.9.5. Línea Base

- Se tiene un contrato de auditoría

- Se realizan informes de seguimiento a la auditoría.

### 6.9.6. Productos

Actas de auditoría.

Actas de liquidación de contrato.

### 6.9.7. Cronogramas

#### CRONOGRAMA 1. – AÑO 2012

| Descripción                       | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Actas de Liquidación de Contratos |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Actas de Interventoría            |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

#### CRONOGRAMA 2. – AÑO 2013

| Descripción                       | En. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-----------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Actas de Liquidación de Contratos |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Actas de Interventoría            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

#### CRONOGRAMA 3. – AÑO 2014

| Descripción                       | En. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-----------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Actas de Liquidación de Contratos |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Actas de Interventoría            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

#### CRONOGRAMA 4. – AÑO 2015

| Descripción                       | En. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-----------------------------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Actas de Liquidación de Contratos |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Actas de Interventoría            |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

### 6.9.8. Descripción de los Actores

- Alcalde Municipal: Firma las liquidaciones de contrato, los actos administrativos reformativos de los contratos y los contratos
- Secretario de Planeación con funciones en Salud: Encargado de la interventoría sobre el contrato de interventoría externa.
- Auxiliar de información: encargado de manejar las bases de datos
- Funcionario de aseguramiento: Realiza las tareas cotidianas del manejo de régimen subsidiado
- Administrador del SISBEN: se encarga de mantener el SISBEN con excelente calidad en la información y actualizada
- Interventor: Es el encargado de desarrollar el proceso de interventoría de los contratos del régimen subsidiado.

### 6.9.9. Identificación de las Posibles Externalidades Que Puedan Afectar Los Logros del Proyecto.

- Calidad de la información
- Cumplimiento de tiempos de las EPS-S
- Falta de recursos para la contratación de la auditoria
- Incumplimiento en el proceso de contratación por concurso de meritos.
- Contratar con firmas auditoras no avaladas por la Secretaria de Planeación con funciones en Salud departamental.

### 6.10. VIGILANCIA Y CONTROL DEL ASEGURAMIENTO.

#### 6.10.1. Descripción.

Mientras que no se llegue a coberturas universales se presentan dos formas permanentes de aseguramiento mediante los regímenes contributivo y

subsidiado y un tercero transitorio llamado población pobre sin aseguramiento, los cuales se espera desaparezcan durante los años 2012 y 2015.

La interventoría del régimen subsidiado se encarga de vigilar y controlar las actividades desarrolladas en este subsector de la población, quedando, por desarrollar las actividades de vigilancia y control del régimen contributivo y de la población pobre sin aseguramiento.

#### **6.10.2. Objetivos**

- Vigilar que las personas que pertenezcan al régimen contributivo les den las condiciones de atención establecidas en la normatividad vigente.
- Controlar que las personas que cumplan con las condiciones para estar en el régimen contributivo se afilien a él.
- Vigilar que las personas que pertenezcan a la población pobre sin aseguramiento, les den las condiciones de atención establecidas en la normatividad vigente.

#### **6.10.3. Metas**

- Que el 100% de las personas con capacidad de pago se encuentren en el régimen contributivo.
- Que el 100% de los afiliados al régimen contributivo sean atendidos en su lugar de residencia.
- Que no se le niegue la atención a la población del municipio por ningunarázon.

#### **6.10.4. Indicadores**

- Cantidad de personas se encuentran fuera del régimen contributivo y tienen capacidad de pago
- Cuantas personas del régimen contributivo son atendidas en su lugar de residencia
- A cuántas personas se les negó la asistencia en el último año.

#### **6.10.5. Línea Base**

- En cero debe permanecer las personas que tengan capacidad de pago y se encuentren por fuera del régimen contributivo



- En este momento se atienden 1.500 personas pertenecientes al régimen contributivo en el municipio.
- En cero la cantidad de negaciones de servicio a la población del municipio.

#### 6.10.6. Productos

- Entrega trimestral de un informe de actividades.

#### 6.10.7. Cronograma

##### CRONOGRAMA 1. – AÑO 2012

| Descripción  | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Vigilancia y Control Régimen Contributivo              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Vigilancia y Control población pobre sin aseguramiento |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

##### CRONOGRAMA 2. – AÑO 2013

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Vigilancia y Control Régimen Contributivo              |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Vigilancia y Control población pobre sin aseguramiento |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

##### CRONOGRAMA 3. – AÑO 2014

| Descripción | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-------------|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|-------------|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vigilancia y Control Régimen Contributivo              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vigilancia y Control población pobre sin aseguramiento |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CRONOGRAMA 4. – AÑO 2015**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Vigilancia y Control Régimen Contributivo              |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Vigilancia y Control población pobre sin aseguramiento |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**6.10.8. Descripción de los Actores**

- Secretario de Planeación con funciones en Salud: Encargado de la vigilancia y control de la salud del municipio.
- Funcionario de aseguramiento: Encargado de seguir las actividades de aseguramiento.

**6.10.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto**

- Información de las EPS-C
- La constante migración de la población.

**6.11. ESTIMACION Y PROYECCION PRESUPUESTAL DE CADA EJE PROGRAMATICO Y ÁREA SUBPROGRAMATICA EN EL CUATRENIO**

Estimación y Proyección de los Costos

**6.11.1. PRESTACION Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Los servicios de salud en el municipio son prestados por la **E.S.E. Hospital Regional del Líbano**. En el hospital se prestan los servicios de urgencias, consulta externa, medicamento, urgencias ginecológicas, odontología, laboratorio clínico, transporte básico asistencial, procedimientos quirúrgicos, consulta médica especializada y tratamientos terapéuticos y todos los programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Con una excelente calidad, y oportunidad.

### **6.11.2. DESCRIPCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADOS**

#### **6.11.2.3. Descripción de los Problemas**

- Uno de los problemas a resolver en el municipio es lo disperso de la población para llevarle los servicios
- Un problema es la seguridad pública, puesto que existen regiones donde hay presencia de grupos armados ilegales.
- Hay corregimientos y veredas que no se comunican con la cabecera municipal por carreteras, siendo la única forma de comunicarse en forma directa los caminos de herradura.
- No se tiene presencia en salud permanente en toda la jurisdicción y esta se ejerce a través de brigadas de salud esporádicas.

#### **6.11.2.4. Priorización de los Problemas**

En su orden de importancia, los problemas y necesidades son:

- La falta de caminos carretables para comunicarse con algunos corregimientos y veredas
- Un problema, es la seguridad pública
- La accesibilidad al sistema general de salud se garantiza a la población en forma esporádica a través de brigadas de salud ocasionales
- La dispersión no permite la prestación de servicios en el lugar de residencia, teniendo como alternativa el desarrollo de actividades por concentración lo cual limita la accesibilidad a las personas.

### **6.11.3. ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS Y SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES PRIORIZADAS**

#### **6.11.3.3. Análisis De Las Principales Causas De Los Problemas Y Necesidades**

- La falta de vías carretable dificulta la accesibilidad a los diferentes de estado para poder llevarle los servicios que oferta el estado entre ellos los servicios de salud
- La seguridad pública obstaculizan la llegada de los equipos extramurales de salud y la movilización de los usuarios a los sitios permanentes de prestación de ellos.
- La accesibilidad a los servicios carecen de oportunidad y eficacia por las dificultades de orden público y vías de comunicación, aumentando los costos y la frecuencia de con que se ofrecen los servicios de salud a la población.
- En cuanto a lo disperso, las tantas horas de camino pelean con la prevención y asistencia oportuna de muchas enfermedades que cuando se declaran se convierten en crónicas. La dispersión es la causante de que los equipos extramurales no les sea rentable el desplazamiento a estos sitios y los usuarios le den prioridades a otras actividades.

#### **6.11.3.4. Soluciones De Las Principales Causas De Los Problemas y Necesidades**

- La construcción de vías carretable permitirán el mejoramiento de la seguridad pública, la accesibilidad a los servicios y en especial a los de salud.
- Como gran ideal de la prestación de servicios se ha definido históricamente la concentración de la población en centros poblados que disminuiría los costos de los servicios.

### **6.12. MEJORAMIENTO DE LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD**

#### **6.12.1. Descripción.**

La función principal de una administración municipal es garantizarle a su población la accesibilidad a los servicios de salud. Los habitantes demandan servicios a medida que se convierten en prioritarios para su supervivencia, en especial los de salud.

La accesibilidad a los servicios de salud es la principal forma de cumplirles a los pobladores, esta se puede mejorar a través de tres estrategias, la primera es una cantidad de oferta de servicios concordante con la demanda, la disminución de obstáculos para poder demandar servicios y llevarle los servicios al lugar más cercano a su lugar de residencia.

### 6.12.2. Objetivos

- Optimizar la accesibilidad al sistema general de seguridad social en salud a los habitantes del municipio.
- Mejorar la oportunidad de los servicios demandados en salud.

### 6.12.3. Metas

- Brindar atención en salud al 100% de los habitantes del municipio y con atención en el sitio más cercano a su lugar de residencia.

### 6.12.4. Indicadores

- Personas contratadas y no atendidas.
- Médico por población =  $\frac{\text{Población en el municipio.}}{\text{Médicos que ejercen en el municipio}}$
- Este indicador se saca con los odontólogos, enfermeras profesionales bacteriólogas y demás profesionales de la salud.

### 6.12.5. Productos

- Informe trimestral de accesibilidad.
- Informes normativos de indicadores de prestación de servicios.

### 6.12.6. Cronograma

#### CRONOGRAMA 1. – AÑO 2012

| Descripción | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

|                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Análisis de<br>Accebilidad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**CRONOGRAMA 2. – AÑO 2013**

| Descripción                | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|----------------------------|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Análisis de<br>Accebilidad |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**CRONOGRAMA 3. – AÑO 2014**

| Descripción                | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|----------------------------|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Análisis de<br>Accebilidad |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**CRONOGRAMA 4. – AÑO 2013**

| Descripción                | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|----------------------------|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Análisis de<br>Accebilidad |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**6.12.7. Descripción de los Actores**

- Director de la E.S.E.: es el encargado de informarle a la dirección local de salud los indicadores de funcionamiento
- Director Local de Salud: es el llamado a evaluar la accesibilidad que tienen los habitantes a la seguridad social en salud.

**6.12.8. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros Del Proyecto**

- Orden publico



- Informes trimestrales de la garantía de la calidad.
- Informes trimestrales del PAMEC.

**6.13.7. Cronograma**

**CRONOGRAMA 1. – AÑO 2012**

| Descripción  | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Informes Trimestrales de la Garantía de la Calidad |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Informes trimestrales del PAMEC                    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**CRONOGRAMA 2. – AÑO 2013**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Informes Trimestrales de la Garantía de la Calidad |    |     | •   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Informes trimestrales del PAMEC                    |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**CRONOGRAMA 3. – AÑO 2014**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Informes Trimestrales de la Garantía de la Calidad |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Informes trimestrales del PAMEC                    |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |



**CRONOGRAMA 4. – AÑO 2015**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|--|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Informes Trimestrales de la Garantía de la Calidad |    |     | •   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Informes trimestrales del PAMEC                    |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**6.13.8. Descripción de lo Actores**

- Director de la E.S.E.: es el encargado de informarle a la dirección local de salud los indicadores de funcionamiento
- Director Local de Salud: es el llamado a evaluar la accesibilidad que tienen los habitantes a la seguridad social en salud

**6.13.9. Identificación De Las Posibles Externalidades Que puedan Afectar Los Logros del Proyecto.**

- Una de las posibles causas de la no realización de las anteriores actividades podría ser falla de voluntad política.

**6.14. MEJORAMIENTO DE LA EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS IPS PÚBLICAS**

**6.14.1. Descripción**

En Colombia se convirtió en un negocio la prestación de los servicios de salud, por lo que después de la aparición del régimen subsidiado y la implementación la Ley 100 de 1993, se estableció la competencia en la prestación de servicios, basados en la calidad de servicios, oportunidad y en la efectividad de todos los recursos, en esta carrera, fueron abarcadas las IPS Públicas, para el

mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios de salud y sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

#### 6.14.2. Objetivos

- Mejorar la eficiencia en la Prestación de Servicios de Salud
- Sostener independientemente, las IPS públicas, financieramente.

#### 6.14.3. Metas

- Mejorar en un 5% los indicadores de la Resolución 2193 de 2000.
- Que la IPS publica no tenga pasivo prestacionales.

#### 6.14.4. Indicadores

- Los indicadores diseñados de la Resolución 2193 de 2000
- Pasivo Prestacional

#### 6.14.5. Productos

- Entrega del informe trimestral y anual del análisis de la Resolución No 2193 de 2000.

#### 6.14.6. Cronograma

##### CRONOGRAMA 1. – AÑO 2012

| Descripción   | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Entrega del informe trimestral y anual del análisis de la Resolución No 2193 de 2000. |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

##### CRONOGRAMA 2. – AÑO 2013

| Descripción   | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Entrega del informe trimestral y anual del análisis de la Resolución No 2193 de 2000. |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**CRONOGRAMA 3. – AÑO 2014**

| Descripción   | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Entrega del informe trimestral y anual del análisis de la Resolución No 2193 de 2000. |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**CRONOGRAMA 3. – AÑO 2014**

| Descripción   | En | Feb | Mar | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ago. | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
|---|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Entrega del informe trimestral y anual del análisis de la Resolución No 2193 de 2000. |    |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |      |

**6.14.7. Descripción de los Actores**

- Sector administrativo de la E. S. E. del municipio en cabeza del gerente, encargados de diligenciar el informe.
- Director Local de Salud: Encargado de analizar el informe de la resolución 2193 de 2000, para sacar conclusiones.

**6.15. ACCIONES DE PREVENCIÓN DEL RIESGO**

**6.15.1. Descripción**

Una de las principales causas por la cual la población no implementa mecanismo de prevención en su vida y en los hogares es el poco conocimiento en prevención de la enfermedad, y por tanto la parte preventiva pocas veces se coloca en práctica, lo que acarrea problemas de salud y en ocasiones hasta la muerte.

Como resultado del poco conocimiento de la parte preventiva en salud en el municipio, se ha acrecentado la morbilidad en ciertas patologías como: Hipertensión arterial, violencia intrafamiliar, enfermedades diarreicas entre otras.

A demás las condiciones sanitarias en el municipio son un riesgo para cada uno de sus habitantes, por lo que se deben implementar campañas de prevención que conlleven a mejor la calidad de vida de los habitantes del municipio

.

### **6.15.2. Objetivos**

Mejorar la calidad de vida de cada uno de los habitantes del municipio mediante estrategias de prevención que conlleven a disminuir la morbimortalidad.

### **6.15.3. Metas**

- Mantener coberturas de vacunación iguales o superiores al 96%
- Disminuir la tasa de mortalidad infantil en menor de un año de 1.15 X 10. Mil nacidos vivos a 1.2 por 10 mil nacidos vivos
- Disminuir el índice de mortalidad general de 14.5 por 10.000 habitantes a 13.5 X 10.000
- Mantener o disminuir la mortalidad en < de 5 año por EDA de 0.7 X 10.000 (meta departamental)
- Mantener o disminuir la mortalidad en < de 5 año por IRA de 1.3 X 10.000 (meta departamental)
- Mantener la razón de mortalidad materna en 0.
- Mantener o disminuir las muertes por desnutrición en < de 5 años en 0.2 X 10.000 (meta departamental).

### **6.15.4. Indicadores**

- Coberturas de vacunación sobre población DANE
- Canalización realizada sobre población susceptible a vacunar
- Número de población de Alto riesgo realizada (Suplementada con vitamina A y aplicación de la "estrategia PAI plus") sobre Numero de población de Alto riesgo Suplementada con vitamina A y aplicación de la "estrategia PAI plus" programada
- Numero de de las salas de ERA, UROCS y UAIRACS fortalecida sobre nuecero de salas existentes
- Numero de gestantes del primer trimestre de embarazo captadas sobre número de gestantes del primer trimestre de embarazo programadas
- Población vulnerable y canalizada hacia los servicios de tamízaje, detección de y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar y citología cervico uterina realizada sobre población programada
- Población adolescente practicando los servicios de modelos amigables para atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia sobre población programada
- Población con conocimiento en el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para control prenatal, atención del parto y posparto, las emergencias obstétricas, e interrupción voluntaria del embarazo sobre población programada
- Comunidad con conocimiento en el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la guía de atención en VIH/SIDA sobre comunidad programada
- Población Desarrollando e implementando el plan de respuestas intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia sobre población programada
- Comunidad incluida en la estrategia "Atención Primaria en Salud mental" sobre comunidad programada.

- Gestión en insumos críticos, medicamentos, elementos y dispositivos del plan Ampliado de Inmunizaciones, control de vectores, lepra, tuberculosis y zoonosis sobre casos presentados en estas patologías.
- Cadena de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones fortalecida en su totalidad.
- Sintomáticos respiratorios, de piel y sistema nervioso periférico captados y remitidos sobre programados.
- Comunidad con conocimiento acerca el plan estratégico "Colombia Libre de Tuberculosis 2006 – 2015" sobre población programada
- Población con conocimientos sobre la estrategia "Tratamiento acortado y supervisado DOTS/TAS" para el manejo de pacientes con tuberculosis sobre población programada
- Adultos mayores de 50 años con tamizaje visual realizado, en la población de no afiliados al sistema general de seguridad sociales salud y canalizados a los servicios de atención para el control de la ceguera sobre adultos mayores programados
- Grupos demás alta vulnerabilidad no afiliados al sistema general de seguridad sociales en salud desparasitados y suplementados con micro nutrientes sobre grupos programados
- Niños menores de dos (2) años Canalizados con seguimiento y recuperados nutricionalmente sobre niños programados.
- Implementar la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia – De Cero a Siempre – Reduciendo Brechas, hacia un acceso Universal y con Calidad
- Protección a la niñez y adolescencia y participación de los jóvenes.
- Avanzar en la erradicación del Trabajo Infantil con atención especial a sus peores formas.
- Articular junto con el ICBF la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

#### **6.15.5. Línea Base**

- 95 % fue la cobertura promedio alcanzada en vacunación en el año 2010.
- 80% fue la cobertura alcanzada en canalización en el año 2010.
- Número de población de Alto riesgo realizada (Suplementada con vitamina A y aplicación de la "estrategia PAI plus") sobre Numero de población de Alto riesgo Suplementada con vitamina A y aplicación de la "estrategia PAI plus" año 2010 es 0
- 2 Salas de UROCS y UAIRACS fortalecida en el año 2010
- 14.7% Embarazos en Menores de 18 años en el 2010
- 20.4 % Mujeres entre 18 a 49 años en control de planificación familiar en el 2010
- 747 Gestantes de embarazo captadas en el año 2009
- Población vulnerable y canalizada hacia los servicios de tamizaje, detección de ytratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar y citología cérvico uterina realizada en el año 2009 es 0
- Población adolescente practicando los servicios de modelos amigables para atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia en el año 2009 es 0
- Población con conocimiento en el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para control prenatal, atención del parto y posparto, las emergencias obstétricas, e interrupción voluntaria del embarazo en el año 2009 es 0
- Comunidad con conocimiento en el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la guía de atención en VIH/SIDA en el año 2009 es 2
- Población Desarrollando e implementando el plan de respuestas intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia en el año 2009 es 2

- Comunidad incluida en la estrategia "Atención Primaria en Salud mental" en el año 2009. Es 500
- Gestión en insumos críticos, medicamentos, elementos y dispositivos del plan Ampliado de Inmunizaciones, control de vectores, lepra, tuberculosis y zoonosis en el año 2009 fue del 100%
- Se fortaleció la Cadena de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones fortalecida en el año 2009
- 205 Sintomáticos respiratorios captados en el año 2009
- Comunidad con conocimiento acerca el plan estratégico "Colombia Libre de Tuberculosis 2006 – 2015" en el año 2010 es 0
- Población con conocimientos sobre la estrategia "Tratamiento acortado y supervisado DOTS/TAS" para el manejo de pacientes con tuberculosis en el año 2009 es 0
- Adultos mayores de 50 años con tamizaje visual realizado, en la población de no afiliados al sistema general de seguridad sociales salud y canalizados a los servicios de atención para el control de la ceguera en el año 2009 es 0
- Grupos demás alta vulnerabilidad no afiliados al sistema general de seguridad sociales en salud desparasitados y suplementados con micro nutrientes en el año 2010 **es 0**
- Niños menores de dos (2) años Canalizados con seguimiento y recuperados nutricionalmente en el año **2010 es 0**

#### **6.15.6. Actividades**

- Apoyo a jornadas de vacunación de intensificación o jornadas de bloqueo.
- Realización del censo de canalización.
- Suplementación con vitamina A y aplicación de la "estrategia PAI plus" a la población de alto riesgo



- Fortalecimiento de salas de UROCS y UAIRACS
- Búsqueda activa de gestantes para captación en el primer trimestre de embarazo
- Identificación de población vulnerable y canalizarla hacia los servicios de tamizaje, detección de y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar y citología cérvico uterina.
- Implementación de servicios de modelos amigables para atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia.
- Impulsar el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para control prenatal, atención del parto y posparto, las emergencias obstétricas, e interrupción voluntaria del embarazo.
- Impulsar el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la guía de atención en VIH/SIDA.
- Desarrollando e implementando el plan de respuestas intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia.
- Implementación de la estrategia "Atención Primaria en Salud mental"
- Gestión en insumos críticos, medicamentos, elementos y dispositivos del plan Ampliado de Inmunizaciones, control de vectores, lepra, tuberculosis y zoonosis sobre casos presentados en estas patologías.
- Fortalecimiento de la red de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Búsqueda activa de Sintomáticos respiratorios, de piel y sistema nervioso periférico.
- Desarrollo e implementación del plan estratégico "Colombia Libre de Tuberculosis 2006 – 2015"
- Fortalecimiento e implementación de la estrategia "Tratamiento acortado y supervisado DOTS/TAS" para el manejo de pacientes con tuberculosis

- Realización de tamizaje visual en adultos mayores de 50 años en la población de no afiliados al sistema general de seguridad sociales salud y canalizarlos a los servicios de atención para el control de la ceguera.
- Desparasitación y suplementación con micro nutrientes a Grupos demás alta vulnerabilidad no afiliados al sistema general de seguridad sociales en salud.
- Canalización y seguimiento hasta lograr su recuperación nutricional de los menores de dos (2) con algún grado de desnutrición.
- Realización de tamizajes en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria.
- Incorporar la ***Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia -De Cero a Siempre.***

#### **6.15.7. Metas**

- Apoyar al 100% de jornadas de vacunación, intensificación o jornadas de bloqueo.
- Realizar el censo de canalización en el 100% del área urbana y rural del municipio.
- Suplementar con vitamina A y aplicación de la "estrategia PAI plus" al 80% de la población de alto riesgo
- Fortalecimiento al 100% de salas de UROCS y UAIRACS
- Realizar búsqueda activas de gestantes para captación del 90% en el primer trimestre de embarazo
- Identificar el 80% de la población vulnerable y canalizarla hacia los servicios de tamizaje, detección de y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar y citología cérvico uterina

- Implementar 8 servicios de modelos amigables para atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia.
- Impulsar en un 80% el desarrollo de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad, para control prenatal, atención del parto y posparto, las emergencias obstétricas, e interrupción voluntaria del embarazo.
- Impulsar en un 100% el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la guía de atención en VIH/SIDA.
- Desarrollar e implementar en un 100% el plan de respuestas intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia.
- Implementar en un 80% la estrategia "Atención Primaria en Salud mental"
- Gestionar el 100% de insumos críticos, medicamentos, elementos y dispositivos del plan Ampliado de Inmunizaciones, control de vectores, lepra, tuberculosis y zoonosis sobre casos presentados en estas patologías.
- Fortalecer en un 100% de la red de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- Realizar búsqueda activa del 100% de Sintomáticos respiratorios, de piel y sistema nervioso periférico.
- Desarrollar e implementar en un 100% del plan estratégico " Colombia Libre de Tuberculosis 2006 – 2015".
- Fortalecer e implementar del 100% de la estrategia "Tratamiento acortado y supervisado DOTS/TAS" para el manejo de pacientes con tuberculosis
- Realizar tamizaje visual en el 80% de adultos mayores de 50 años en la población de no afiliados al sistema general de seguridad sociales salud y canalizarlos a los servicios de atención para el control de la ceguera

- Desparasitar y suplementar con micro nutrientes al 80% de Grupos demás alta vulnerabilidad no afiliados al sistema general de seguridad sociales en salud
- Canalizar y hacer seguimiento en un 100% hasta lograr su recuperación nutricional de los menores de dos (2) con algún grado de desnutrición.
- Realizar tamizajes en el 80% en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria en población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## **6.16. ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

### **6.16.1. Descripción**

En la actualidad la Secretaria de Planeación con funciones en Salud del municipio del Líbano cuenta con un sistema de información poco eficiente, efectivo y oportuno que permita la proyección de acciones e intervenciones de vigilancia y control de factores de riesgo; si bien es cierto que las IPS en forma regular realizan la notificación oportuna de las patologías objeto de vigilancia en salud pública, en ocasiones se presenta grandes falencias de coordinación e información en relación con la notificación obligatoria. Además el municipio no cuenta con un Comité de Vigilancia Epidemiológica municipal operativo, por lo que no se posee una estructura organizativa que operativice las funciones del mismo.

### **6.16.2. Objetivos**

Mejorar las intervenciones de vigilancia en salud pública mediante un sistema de información, el cual direccionará la priorización de las acciones futuras en salud para el Municipio.

### **6.16.3. Metas**

- Alcanzar en un 100% la notificación de los prestadores adscritos a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud
- Obtener el 90% del desarrollo en las acciones programadas por el comité municipal de vigilancia epidemiológica
- Intervenir el 95% de manera oportuna los casos notificados de interés en salud pública en el municipio
- 95 % de análisis del perfil epidemiológico
- Publicar el 100% de los resultados del análisis del perfil epidemiológico a través de boletines epidemiológicos
- Manejar el 100% de los casos sospechosos de enfermedades Inmunoprevenible según los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica.
- Lograr en un 95% el cumplimiento de la notificación obligatoria de acuerdo con los estándares del SIVIGILA.

### **6.16.4. Indicadores**

- Numero de notificaciones sobre número de prestadores adscritos a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud.
- Numero actividades realizadas sobre número de acciones programadas por el comité municipal de vigilancia en salud pública
- Número de casos de interés en salud pública presentados sobre número de casos intervenido de manera oportuna
- Cantidad de boletines epidemiológico entregados sobre cantidad de boletines programados
- Disminución de semestral de los resultados obtenidos de la actualización del perfil epidemiológico municipal de manera semestral.

- Número de casos manejados según los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica sobre número de casos sospechosos de enfermedades Inmunoprevenible presentados
- Cumplimiento de notificación obligatoria de acuerdo con los estándares del SIVIGILA sobre notificaciones presentadas.

#### **6.16.5. Línea Base**

- 95% de notificación de los prestadores adscritos a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud alcanzada en el año 2010
- 80 % de actividades desarrolladas por el comité municipal de Vigilancia en salud pública en el año 2010
- 90% de casos de interés en salud pública atendidos de manera oportuna en el municipio en el año 2010
- 0 Boletines epidemiológico publicados en el año 2010
- 0 % de disminución del perfil epidemiológico después de la actualización del mismo en el año 2010
- 95 % de casos sospechosos de enfermedades Inmunoprevenible manejados según los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica en el año 2010
- 95 % de cumplimiento de la notificación obligatoria de acuerdo con los estándares del SIVIGILA en el año 2010
- 80 % de actividades realizadas por el comité de vigilancia en salud pública. (COVE) en el 2010.

#### **6.16.6. Productos**

- Notificación de todos los prestadores adscritos a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud

- Coordinación del total de actividades desarrolladas por el comité municipal de Vigilancia epidemiológica
- Intervención de todos los casos de interés en salud pública de manera oportuna
- Análisis semestral del perfil epidemiológico del municipio.
- Publicación del perfil epidemiológico a través de boletines epidemiológicos
- Totalidad de casos de enfermedades Inmunoprevenible sospechosos atendidos según los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica
- Cumplimiento de la notificación obligatoria de acuerdo con los estándares del SIVIGILA.

#### **6.16.7. Actividades**

- Vigilancia de la notificación de todos los prestadores adscritos a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud
- Coordinar el desarrollo de actividades por el comité municipal de Vigilancia epidemiológica
- Vigilancia del manejo de los casos de interés en salud pública de manera oportuna
- Análisis del perfil epidemiológico del Municipio semestralmente
- Publicar boletines epidemiológicos semestralmente
- Vigilar el manejo de enfermedades Inmunoprevenible según los Protocolos de
- Vigilancia Epidemiológica
- Vigilar el cumplimiento de la notificación obligatoria de acuerdo con los estándares del SIVIGILA.

#### **6.16.8. Desarrollo de la Actividades**

### 6.16.8.1. Notificación de todos los Prestadores Adscritos a la Secretaria de Planeación con funciones en Salud

Con esta actividad se busca conocer el estado de morbilidad del municipio, para la intervención, y poder evitar posibles epidemias, además poder prevenir la posible aparición de patologías, en la realización de esta actividad participaran la Empresa Social del Estado, IPS privadas, consultorios particulares, Dirección Local de Salud y Secretaria de Planeación con funciones en Salud del Tolima, las actividades a realizarse son:

#### 6.16.8.1.1. Actividades y Cantidad

A continuación se presenta el número de actividades a realizar en el cuatrienio

- 196 Recepciones de notificación
- 196 Notificación
- 196 Análisis de información de notificaciones

#### 6.16.8.1.2. Cronograma

##### CRONOGRAMA No 1 - 2012

| Descripción                | Total | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|----------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Recepción de Notificación  | 40    |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Notificación               | 40    |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Análisis de la Información | 40    |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

##### CRONOGRAMA No 2 - 2013

| Descripción                | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|----------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Recepción de Notificación  | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Notificación               | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Análisis de la Información | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |



**CRONOGRAMA No 3 - 2014**

| Descripción                | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|----------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Recepción de Notificación  | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Notificación               | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Análisis de la Información | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**CRONOGRAMA No 4 - 2015**

| Descripción                | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|----------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Recepción de Notificación  | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Notificación               | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Análisis de la Información | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**6.16.8.2. Coordinar el Desarrollo de Actividades por el Comité Municipal de Vigilancia Epidemiológica**

Para la coordinación de esta actividad se hace necesaria una persona profesional, puede ser enfermera, médico o en su efecto auxiliar de Enfermería, que conozca a cerca del funcionamiento de los COVES, las actividades a desarrollar son: reuniones mensuales.

**6.16.8.2.1. Actividades y Cantidad**

A continuación se presenta el número de actividades a realizar en el cuatrienio

- 48 Reuniones con el COVE

**6.16.8.2.2. Cronogramas**

**CRONOGRAMA No 1 - 2012**

| Descripción    | Total | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|----------------|-------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Reuniones COVE | 9     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**CRONOGRAMA No 2 - 2013**

| Descripción | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|-------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Reuniones   | 12    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| COVE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**CRONOGRAMA No 3 – 2014**

| Descripción    | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|----------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Reuniones COVE | 12    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**CRONOGRAMA No 4 - 2015**

| Descripción    | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|----------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Reuniones COVE | 12    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**6.16.8.3. Intervención de Todos Los Casos de Interés en Salud Pública**

Para el desarrollo de esta actividad se hace necesario de un equipo de técnicos y profesionales según el caso; entre ellos: Médicos, Bacteriólogos, Enfermeras, Auxiliares de enfermería, Promotores de salud, Técnicos en saneamiento, Técnico de sistema de información en salud; las actividades a desarrollar son: Visitas de campo.

**6.16.8.3.1. Actividades y Cantidad**

A continuación se presenta el número de actividades a realizar en el cuatrienio.

**6.16.8.3.2. Cronogramas**

**CRONOGRAMA No 1 - 2012**

| Descripción      | Total       | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Visitas de Campo | A necesidad |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**CRONOGRAMA No 2 - 2013**

| Descripción      | Total          | E<br>n | Fe<br>b | Ma<br>r | Ab<br>r | Ma<br>y | Ju<br>n | Ju<br>l | Ago<br>s | Se<br>p | Oct<br>u | No<br>v | Di<br>c |
|------------------|----------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|
| Visitas de Campo | A<br>necesidad |        |         |         |         |         |         |         |          |         |          |         |         |

### CRONOGRAMA No 3 - 2014

| Descripción      | Total          | E<br>n | Fe<br>b | Ma<br>r | Ab<br>r | Ma<br>y | Ju<br>n | Ju<br>l | Ago<br>s | Se<br>p | Oct<br>u | No<br>v | Di<br>c |
|------------------|----------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|
| Visitas de Campo | A<br>necesidad |        |         |         |         |         |         |         |          |         |          |         |         |

### CRONOGRAMA No 4 - 2015

| Descripción      | Total          | E<br>n | Fe<br>b | Ma<br>r | Ab<br>r | Ma<br>y | Ju<br>n | Ju<br>l | Ago<br>s | Se<br>p | Oct<br>u | No<br>v | Di<br>c |
|------------------|----------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|
| Visitas de Campo | A<br>necesidad |        |         |         |         |         |         |         |          |         |          |         |         |

#### 6.16.8.4. Análisis del Perfil Epidemiológico del Municipio

Para la realización de esta actividad es necesaria la participación activa de un técnico de información en salud y una enfermera, los cuales recolectarán y analizarán semestralmente la información en salud, y de lo que se desprenderá el perfil epidemiológico del municipio.

##### 6.16.8.4.1. Actividades y Cantidad

A continuación se presentan el número de actividades a realizar en el cuatrenio.

- 8 análisis de perfil epidemiológico

##### 6.16.8.4.2. Cronograma

**CRONOGRAMA No 1 - 2012**

| Descripción                                      | Total | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|--|-------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Análisis del Perfil Epidemiológico del municipio | 2     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**CRONOGRAMA No 2 – 2013**

| Descripción                                      | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|--|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Análisis del Perfil Epidemiológico del municipio | 2     |    |     |     |     |     |     | 1   |      |     |      |     | 1   |

**CRONOGRAMA No 3 – 2014**

| Descripción                                      | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|--|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Análisis del Perfil Epidemiológico del municipio | 2     |    |     |     |     |     |     | 1   |      |     |      |     | 1   |

**CRONOGRAMA No 4 – 2015**

| Descripción                                      | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|--|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Análisis del Perfil Epidemiológico del municipio | 2     |    |     |     |     |     |     | 1   |      |     |      |     | 1   |

**6.16.8.5. Publicar Boletines Epidemiológicos Semestrales**

Para la publicación de este boletín es necesaria la coordinación de una enfermera, la información que contendrá este boletín, será la recolectada después del análisis de la información, este boletín va dirigido a la comunidad en general, en especial a líderes comunitarios, las actividades a realizar son Boletines epidemiológicos.

**4.23.8.5.1. Actividades y Cantidad**

A continuación se presenta el número de actividades a realizar en el cuatrienio

- 2000 Boletines epidemiológicos

#### 4.23.8.5.2. Cronogramas

##### CRONOGRAMA No 1 - 2012

| Descripción               | Total | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|---------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Boletines Epidemiológicos | 500   |     |     |     | 250 |      |     |      |     | 250 |

##### CRONOGRAMA No 2 – 2013

| Descripción               | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|---------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Boletines Epidemiológicos | 500   |    |     |     |     |     |     | 250 |      |     |      |     | 250 |

##### CRONOGRAMA No 3 – 2014

| Descripción               | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|---------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Boletines Epidemiológicos | 500   |    |     |     |     |     |     | 250 |      |     |      |     | 250 |

##### CRONOGRAMA No 4 – 2015

| Descripción               | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|---------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Boletines Epidemiológicos | 500   |    |     |     |     |     |     | 250 |      |     |      |     | 250 |

#### 6.16.8.6. Vigilar el manejo de enfermedades Inmunoprevenible según los Protocolos de Vigilancia Epidemiológica

Esta actividad consiste en hacer seguimiento a las diferentes IPS públicas o privadas sobre el manejo de enfermedades inmunoprevenible según los protocolos de vigilancia epidemiológica y debe ser desarrollada por un profesional de la salud, ya sea médico o enfermera; las actividades a desarrollarse serán: Asesorías a IPS y seguimientos al manejo de los mismos.

#### 6.16.8.6.1. Actividades y Cantidad

A continuación se presenta el número de actividades a realizar en el cuatrienio

- 7 asesorías a IPS del municipio
- 7 seguimientos

#### 6.16.8.6.2. Cronogramas

##### CRONOGRAMA No 1 - 2012

| Descripción  | Total | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|--------------|-------|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Asesorías    | 1     |     |     |     |     | 1    |     |      |     |     |
| Seguimientos |       |     |     |     |     |      |     |      |     | 1   |

##### CRONOGRAMA No 2 – 2013

| Descripción  | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|--------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Asesorías    | 2     |    |     | 1   |     |     |     |     |      | 1   |      |     |     |
| Seguimientos | 2     |    |     |     |     | 1   |     |     |      |     |      | 1   |     |

##### CRONOGRAMA No 3 – 2014

| Descripción | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|-------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
|             |       |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

|              |   |  |  |   |  |   |  |  |  |   |  |   |  |
|--------------|---|--|--|---|--|---|--|--|--|---|--|---|--|
| Asesorías    | 2 |  |  | 1 |  |   |  |  |  | 1 |  |   |  |
| Seguimientos | 2 |  |  |   |  | 1 |  |  |  |   |  | 1 |  |

**CRONOGRAMA No 4 – 2015**

| Descripción  | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|--------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Asesorías    | 2     |    |     | 1   |     |     |     |     |      | 1   |      |     |     |
| Seguimientos | 2     |    |     |     |     | 1   |     |     |      |     |      | 1   |     |

**6.16.8.7. Vigilar el Cumplimiento de la Notificación Obligatoria de Acuerdo con los Estándares del SIVIGILA**

Para la realización de esta actividad se hace necesaria la vinculación de un (a) **enfermera**, la actividad va dirigida a las IPS del municipio tanto públicas como privadas; las actividades a desarrollarse son: Capacitación, recibido de notificaciones y análisis de notificación.

**6.16.8.7.1. Actividades y Cantidad**

A continuación se presenta el número de actividades a realizar el cuatrienio

- 7 Capacitaciones
- 196 Recibidos de Notificación
- 196 análisis de Notificación

**6.16.8.7.2. Cronogramas**

**CRONOGRAMA No 1 - 2012**

| Descripción             | Total | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Oct | Nov | Dic |
|-------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| Capacitaciones          | 1     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Recibido de Información | 40    |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Análisis de Información | 40    |     |     |     |     |      |     |     |     |     |

**CRONOGRAMA No 2 – 2013**

| Descripción             | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|-------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Capacitaciones          | 2     |    |     | 1   |     |     |     |     |      | 1   |      |     |     |
| Recibido de Información | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Análisis de Información | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**CRONOGRAMA No 3 – 2014**

| Descripción             | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|-------------------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
| Capacitaciones          | 2     |    |     | 1   |     |     |     |     |      | 1   |      |     |     |
| Recibido de Información | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |
| Análisis de Información | 52    |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |

**CRONOGRAMA No 4 – 2015**

| Descripción | Total | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Agos | Sep | Octu | Nov | Dic |
|-------------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|-----|
|             |       |    |     |     |     |     |     |     |      |     |      |     |     |



|                         |    |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
|-------------------------|----|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| Capacitaciones          | 2  |  |  | 1 |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| Recibido de Información | 52 |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |
| Análisis de Información | 52 |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |

### 6.16.9. Descripción de los Actores

Para la realización de las actividades de vigilancia en salud pública se contara con personas que cumplan con el perfil para el desarrollo de cada una de las actividades programadas.

- Técnico en sistemas de información
- Enfermera
- Promotores de salud
- Psicólogos
- Fisioterapeuta
- Médicos
- Auxiliares de enfermería
- Técnicos en saneamientos
- Bacteriólogo

### 6.16.10. Identificación De Las Posibles Externalidades Que Puedan Afectar Los Logros Del Proyecto

Entre las posibles causas que puedan afectar la realización de estas actividades tenemos:

- La falta de recursos económicos

- El comportamiento del medio ambiente
- La alteración del orden publico

## **6.17. ACCIONES DE GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL EN SALUD PÚBLICA**

### **6.17.1. Descripción**

En los años anteriores en el municipio las actividades de Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad y Vigilancia en salud publica eran manejadas directamente por la Secretaria de Planeación con funciones en Salud Municipal a través promotores de salud, enfermera, psicólogas, técnico en sistema de información y fisioterapeuta los cuales se desplazan a los diferentes sitios del municipio tanto urbanos como rural.

Los temas tratados por cada uno de ellos eran los establecidos por la circular 018 del 18 de febrero del 2004 La falencia que se presenta en el municipio es la que se exterioriza en todos los municipio de Colombia, (el desconocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en especial lo concerniente a salud pública), esto debido a que el gobierno nacional no había incluido dentro de los lineamientos, acciones para el desarrollo de los temas anteriormente mencionados.

### **6.17.2. Objetivos**

Lograr que la población conozca de manera clara y oportuna el Plan Nacional de Salud Pública, para con ello poder tener ciudadanos con conocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y ejerciendo sus derechos y deberes en el tema.

### **6.17.3. Metas a Largo Plazo**

Lograr que el 40% de los habitantes del municipio conozca el Plan Nacional de Salud Pública

### **6.17.4. Metas a Corto Plazo**

- Lograr que el 15% de líderes comunitarios multiplique conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública
- Alcanzar que el 15% de docentes multiplique conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública
- Lograr que el 80% de madres comunitarias aplique y multiplique conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública
- 100 % del personal de salud capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública
- 80 % de empleados estatales capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública.

### **6.17.5. Indicadores**

- Numero de líderes comunitarios multiplicando conocimientos en Plan Nacional de salud Pública sobre número de líderes programados.
- Número de docentes multiplicando conocimientos en Plan Nacional de salud Pública sobre docentes programados.
- Numero de madres comunitarias multiplicando conocimientos en Plan Nacional de salud Pública sobre madres comunitarias programadas.
- Número de personas del sector salud capacitados en Plan Nacional de Salud Pública sobre número de personas del sector salud programadas.
- Número de empleados estatales capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública sobre número de empleados programados.

#### **6.17.6. Línea Base**

- No se conoce el número de habitantes del municipio capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública en el año 2010
- 5% De líderes comunitarios capacitados sobre el Plan Nacional de salud Pública en el año 2010
- No se conoce el Porcentaje de docentes multiplicando conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública en el 2010
- 50% De madres comunitarias multiplicando conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública en el año 2010
- 80% Del personal de salud capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública en el año 2010
- 50% De empleados estatales capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública en el año 2010

#### **6.17.7. Productos**

- Habitantes del municipio capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública
- Líderes comunitarios multiplicando conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública
- Docentes multiplicando conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública
- Madres comunitarias multiplicando conocimientos sobre el Plan Nacional de salud Pública
- Personal de salud capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública.
- Empleados estatales capacitados sobre el Plan Nacional de Salud Pública.

### **6.17.8. Descripción de los Actores**

Para la realización de actividades de acciones de gestión para el desarrollo del Plan Nacional de salud Pública se contara con personas que cumplan con el perfil para el desarrollo de cada una de las actividades programadas.

Estos son:

- Enfermera
- Psicólogos
- Promotores de salud
- Auxiliares de enfermería
- Fisioterapeuta
- Tecnólogo en sistema de información.

### **6.17.9. Identificación de las Posibles Externalidades Que Pueden Afectar Los Logros del Proyecto**

Entre las posibles causas que puedan afectar la realización de estas actividades tenemos:

- La falta de recursos económicos.
- El comportamiento del medio ambiente.
- La alteración del orden público.

## **6.18. EMERGENCIAS Y DESASTRES**

### **6.18.1. Descripción**

Evaluación de Amenazas de Origen Natural en la Cabecera Municipal.

“Se considera amenaza de origen natural a la probabilidad de ocurrencia de un evento o fenómeno de origen natural, que afecte negativamente, de forma directa o indirecta la vida, la salud o los bienes de una comunidad.

La simple ocurrencia de un fenómeno natural o generado por el hombre no necesariamente origina un desastre; comunidades preparadas, con un amplio conocimiento de su entorno natural y social pueden disminuir sensiblemente los efectos de fenómenos como los que se mencionan en este escrito.

Los desastres son frecuentemente presentados como hechos naturales, imposibles de manejar en la medida en que tenemos pocas posibilidades de controlar los fenómenos naturales que los desencadenan, como es el caso de los sismos. Sin embargo, que aunque esto puede ser cierto en algunos de los casos, prevenir no es sólo evitar que los desastres ocurran; prevenir es minimizar el impacto que puedan tener sobre nuestro ambiente o comunidad

#### **6.18.2. Amenaza de Origen Geomorfológico**

“Se consideran amenazas de origen geomorfológico a la probabilidad de ocurrencia de fenómenos de Remoción en Masa. Este término se utiliza de manera general para designar una variedad de procesos mediante los cuales masas de suelo y roca son movidas, como una sola unidad o en pocas unidades discretas, por acción de la fuerza de gravedad, en forma rápida o lenta, de un lugar a otro (Bahamón & Gaitán, 1981).

El clima, de acuerdo con las características que presenta, puede favorecer la inestabilidad del subsuelo al aportar grandes cantidades de agua lluvia, la cual,

además de aumentar la presión de poros y fisuras en el suelo y el peso del mismo, favorece los procesos erosivos al formar corrientes superficiales.

Cuando la actividad humana se realiza sin ninguna planificación, especialmente en obras viales, explotación de minas, desarrollos urbanísticos, rellenos mal efectuados, cortes en el perfil natural de las laderas, deforestación y prácticas agrícolas inadecuadas entre otros, promueve procesos de inestabilidad en suelos que en cierta medida son vulnerables a esta clase de fenómenos.

### **6.18.3. Zona de Amenaza Volcánica**

Se refiere a un evento volcánico potencialmente destructivo que puede afectar un área determinada. En esencia, la amenaza volcánica no tiene en cuenta si hay o no población o bienes alrededor del volcán.

### **6.18.4. Objetivos**

- Identificar las áreas de posibles riesgos de emergencias y desastres en el municipio.
- Priorizar las posibles áreas de riesgos de emergencias y desastres en el municipio.

### **6.18.5. Metas**

- Identificar la totalidad de las posibles áreas de riesgos de emergencia y desastres en el municipio.
- Establecer la priorización de las posibles áreas de emergencias y desastres.

### 6.18.6. Indicadores

- Numero de áreas potenciales de emergencias y desastres.
- Porcentaje de potenciales áreas priorizadas de emergencias y desastres.

### 6.18.7. Línea Base

Se encuentran identificadas y clasificadas áreas potenciales de emergencias y desastres en el municipio.

### 6.18.8. Productos

Documento semestral de identificación y clasificación de las áreas potenciales de emergencias y desastres en el municipio.

### 6.18.9. Cronograma

**Cronograma. – Año 2012**

| Descripción  | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Identificación y Clasificación de las áreas potenciales de Emergencias y Desastres |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma 2. – Año 2013**



| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Identificación y Clasificación de las áreas potenciales de Emergencias y Desastres |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

### Cronograma 2. – Año 2014

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Identificación y Clasificación de las áreas potenciales de Emergencias y Desastres |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

### Cronograma 2. – Año 2015

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Identificación y Clasificación de las áreas potenciales de Emergencias y Desastres |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

#### 6.18.10. Descripción de los Actores

- Director Local de Salud: Es el encargado de liderar el proceso de identificar y clasificación de áreas potenciales de riesgo y desastre en el municipio
- Secretario de planeación Municipal: encargado de aportar el conocimiento técnico para la identificación y clasificación de las áreas potenciales de emergencias y desastres en el municipio.

#### 6.19. Acciones de Articulación Intersectorial Para el Desarrollo De Los Planes Preventivos, de Mitigación y Superación de las Emergencias y Desastres

##### 6.19.1. Descripción.

La forma más eficiente e integral de atención a los damnificados en una atención de emergencia y desastre se desarrolla a través de articulación intersectorial de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.

El comité municipal de atención y prevención de emergencias y desastres debe estar conformado por todos los sectores de la administración civil y militar, acompañado de la sociedad civil.

El diseño, implementación y la realización de simulacros de los eventos de emergencia y desastres esperados para poder mejorar la sincronización de los diferentes actores.

#### **6.19.2. Objetivos**

Articular los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres de los diferentes sectores.

#### **6.19.3. Metas**

- Diseñar el plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Implementar el plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres
- Realizar una simulación anual de la ejecución del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.

#### **6.19.4. Indicadores**

- Establecer si se encuentra diseñado y actualizado el plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres

- Determinar si se encuentra implementado el plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Cuantas simulaciones al año se realizan de la puesta en marcha del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.

#### 6.19.5. Línea Base

No se encuentra actualizado, ni implementado y tampoco se realizó simulaciones del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.

#### 6.19.6. Productos

- Elaboración del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Implementación del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- Simulación del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres.

#### 6.19.7. Cronograma

Cronograma. – Año 2012

| Descripción   | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Elaboración del Plan de Prevención, mitigación, y superación de las emergencias y desastres   |     |     |     |     |    |     |     |     |     |
| Implementación del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Simulación del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Cronograma. – Año 2013**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Elaboración del Plan de Prevención, mitigación, y superación de las emergencias y desastres    |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |
| Implementación del plan de prevención, Mitigación y superación de las emergencias y desastres. |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |
| Simulación del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres      |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma. – Año 2014**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Elaboración del Plan de Prevención, mitigación, y superación de las emergencias y desastres    |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |
| Implementación del plan de prevención, Mitigación y superación de las emergencias y desastres. |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |
| Simulación del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres      |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma. – Año 2015**

| <b>Descripción</b>   | <b>En</b> | <b>Feb</b> | <b>Mar</b> | <b>Abr</b> | <b>May</b> | <b>Jun</b> | <b>Jul</b> | <b>Ag</b> | <b>Sep</b> | <b>Oct</b> | <b>Nov</b> | <b>Dic</b> |
|--|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Elaboración del Plan de Prevención, mitigación, y superación de las emergencias y desastres    |           |            |            |            |            |            |            |           |            |            |            |            |
| Implementación del plan de prevención, Mitigación y superación de las emergencias y desastres. |           |            |            |            |            |            |            |           |            |            |            |            |
| Simulación del plan de prevención, mitigación y superación de las emergencias y desastres      |           |            |            |            |            |            |            |           |            |            |            |            |

**6.19.8. Descripción de los Actores**

- Alcalde Municipal: Encargo de liderar todas las políticas del municipio.
- Director Local de Salud: Es el encargado de liderar el proceso de identificar y clasificación de áreas potenciales de riesgo y desastre en el municipio
- Secretario de planeación Municipal: en cargado de aportar el conocimiento técnico para la identificación y clasificación de las áreas potenciales de emergencias y desastres en el municipio.
- Diferentes autoridades Locales.

**6.20. Acciones de Fortalecimiento Institucional Para la Respuesta Territorial Ante Situaciones de Emergencias y Desastres**

### **6.20.1. Descripción**

La primera institución que debe reaccionar y activar todos los planes de emergencia y desastres es el municipio; para lo cual debe tener fuertemente implementados los planes y claramente establecidas las actividades a desarrollar por cada uno de los funcionarios de la alcaldía municipal.

### **6.20.2. Objetivos**

Fortalecer los estamentos institucionales para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencias y desastres.

### **6.20.3. Metas**

Establecer a todos los funcionarios sus obligaciones en el momento de presentarse un evento de emergencia y desastre.

### **6.20.4. Indicadores**

% funcionarios con tareas = #de trabajadores con tareas específicas en emergencia y desastres

Específicas de Emergencias y desastres                      #de trabajadores de la alcaldía

### **6.20.5. Línea Base**

Ninguno de los trabajadores tiene tareas establecidas

### 6.20.6. Productos

Manual de tareas a desarrollar en el momento de una emergencia y desastre.

### 6.20.7. Cronograma

**Cronograma 1. – Año 2012**

| Descripción   | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Manual de tareas a desarrollar en el momento de una emergencia y desastre |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma 2. – Año 2013**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Revaluación de tareas a desarrollar en el momento de una emergencia y desastre |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma 3. – Año 2014**

| Descripción  | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Revaluación de tareas a desarrollar en el momento de una emergencia y desastre |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma 4. – Año 2015**

| Descripción | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|-------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
|             |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Revaluación de tareas a desarrollar en el momento de una emergencia y desastre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### 6.20.8. Descripción de los Actores

- Director Local de Salud: se encarga de coordinar las actividades
- Secretario de Gobierno.

### 6.21. Acciones Fortalecimiento de la Red Urgencias

#### 6.21.1. Descripción

La red de urgencias municipal está conformada por un cuerpo de bomberos voluntarios, la unidad de sanidad del batallón y la E. S. E. Hospital. La capacidad de atención de los rescatistas, dependen de la cantidad de bomberos voluntarios que estén capacitados para atender el tipo de desastres presentado, la capacidad de atención está dada por la cantidad de médicos y para médicos disponibles para la atención de una emergencia y desastre.

#### 6.21.2. Objetivos

Mantener actualizados a los integrantes de los bomberos voluntarios, defensa civil, cruz roja y al grupo de médicos y paramédicos en la atención de emergencias y desastres.

#### 6.21.3. Metas

Fortalecer la red de servicios de urgencias.



#### 6.21.4. Indicadores

- Número de bomberos voluntarios capacitados en la atención de emergencias y desastres.
- Número de médicos y paramédicos disponibles para la atención de desastres.

#### 6.21.5. Línea Base

- 95% Bomberos voluntarios capacitados en la Atención de Emergencias y Desastres
- 95% Integrantes de la Defensa Civil capacitados en la Atención de Emergencias y Desastres
- 90% Voluntarios de la Cruz Roja capacitados para la Atención de Emergencias y Desastres.
- 90% Médicos y paramédicos disponibles para la Atención de Emergencias y Desastres.

#### 6.21.6. Productos

- Talleres de preparación de los funcionarios que pertenezcan a la red de urgencias municipal.

#### 6.21.7. Cronograma

##### Cronograma 1. – Año 2012

| Descripción | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|-------------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
|-------------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Talleres de Preparación de los funcionarios que pertenecen a la red de urgencia municipal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Cronograma 2. – Año 2013**

| Descripción   | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Talleres de Preparación de los funcionarios que pertenecen a la red de urgencia municipal |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma 3. – Año 2014**

| Descripción   | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Talleres de Preparación de los funcionarios que pertenecen a la red de urgencia municipal |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**Cronograma 5. – Año 2015**

| Descripción   | En | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ag | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| Talleres de Preparación de los funcionarios que pertenecen a la red de urgencia municipal |    |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     |

**6.21.8. Descripción de los Actores**

- Cuerpo de bomberos voluntarios: son los encargados de actuar en el área de campo donde se presente la emergencia o el desastre.
- Voluntarios de la Cruz Roja
- Integrantes de la Defensa Civil
- Policía Nacional
- El área de salubridad del batallón y la E. S. E. Pública: Son los encargados de la atención de los damnificados de la emergencia o desastre.

**ARTICULO SEGUNDO.-** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Dado en el Líbano Tolima, a los once (11) días del mes de Septiembre del año Dos mil doce (2012).

**JESÚS ANTONIO GIRALDO VEGA.**  
Alcalde