



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



MUNICIPIO DE APIA
OFICINA LOCAL DE SALUD
ENERO – ABRIL DE 2008

PARTICIPANTES:

LUIS HERNANDO MURILLO BLANDON
Alcalde Municipal

JUAN ENRIQUE GOMEZ GOMEZ
Secretario Gobierno, Salud Y Educación

BLANCA EUCARIS ESPINOZA G.
Técnica Operativa de Salud



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. MARCO LEGAL
 - 1.1 MARCO CONSTITUCIONAL
 - 1.2 NORMATIVIDAD

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

3. ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO
 - 3.1 GENERALIDADES
 - 3.2. RESEÑA HISTÓRICA DEL MUNICIPIO
 - 3.3 RESEÑA DE LOS MUNICIPIOS DEL MUNICIPIO.
 - 3.4 LÍMITES.
 - 3.5 GEOGRAFÍA FÍSICA.
 - 3.6 HIDROGRAFÍA.
 - 3.7 VIAS DE COMUNICACIÓN.
 - 3.8 RECURSOS TURÍSTICOS.
 - 3.9 ECONOMIA
 - 3.10 FACTORES DE RIESGO NATURAL

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

- 5 PROCESAMIENTO ESTRATÉGICO BAJO EL ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO.
 - 5.1 VISION



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



- 5.2 MISIÓN
- 5.3 ANALISIS SITUACIONAL
- 5.4 DESCRIPCION Y PRORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS,
IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS Y SOLUCIONES
- 6. PLANEACION INDICATIVA EN SALUD



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



INTRODUCCIÓN

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

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

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

La intencionalidad al elaborar el diagnóstico de la situación de salud es recalcar la importancia que este reviste para el Municipio, al permitir encausar y dirigir los recursos y esfuerzos hacia las necesidades, prioritarias y focalizando la acción del sector; con el fin de definir alternativas de solución. Los aspectos manejados en el diagnóstico fueron: Epidemiológicos, sanitarios, aseguramiento, organización de servicios medico asistenciales y financieros en salud, siguiendo los lineamientos metodológicos del decreto 3039 del 2007 y la resolución 425 del 2008.

Igualmente se utilizan los instrumentos de planeación indicativa, los cuales recogen los procesos de elaboración estratégica del plan y la planeación plurianual de inversiones en salud para el cuatrienio, según los anexos y lineamientos metodológicos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Finalmente, y luego de un proceso participativo con todos los actores del Sistema General de Seguridad Social, este plan se incorpora al Plan de Desarrollo Municipal cuya aprobación se efectuará conforme a lo establecido en los artículos 39 y 40 de la Ley 152 de 1994.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



1. MARCO LEGAL

1.1 MARCO CONSTITUCIONAL

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

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

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

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

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

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



1.2 NORMATIVIDAD

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

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

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

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

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

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

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

f. Continuidad. Con el fin de asegurar la real ejecución de los planes, programas y proyectos que se incluyan en los planes de desarrollo nacionales y de las entidades



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



territoriales, las respectivas autoridades de planeación, propenderán por que aquellos tengan cabal culminación.

g. Participación. Durante el proceso de discusión de los planes de desarrollo, las autoridades de planeación velarán por que se hagan efectivos los procedimientos de participación ciudadana previstos en la presente ley.

h. Sustentabilidad ambiental. Para posibilitar un desarrollo socio-económico en armonía con el medio natural, los planes de desarrollo deberán considerar en sus estrategias, programas y proyectos, criterios que les permitan estimar los costos y beneficios ambientales para definir las acciones que garanticen a las actuales y futuras generaciones una adecuada oferta ambiental.

i. Desarrollo armónico de las regiones. Los planes de desarrollo propenderán por la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios como factores básicos de desarrollo de las regiones.

j. Proceso de planeación. El plan de desarrollo establecerá los elementos básicos que comprendan la planificación como una actividad continua, teniendo en cuenta la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación.

k. Eficiencia. Para el desarrollo de los lineamientos del plan y en cumplimiento de los planes de acción se deberá optimizar el uso de los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios, teniendo en cuenta que la relación entre los beneficios y costos que genere sea positiva.

l. Viabilidad. Las estrategias, programas y proyectos del plan de desarrollo deben ser factibles de realizar, según las metas propuestas y el tiempo disponible para alcanzarlas, teniendo en cuenta la capacidad de administración, ejecución y los recursos financieros a los que es posible acceder.

m. Coherencia. Los programas y proyectos del plan de desarrollo deben tener una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste.

n. Conformación de los planes de desarrollo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 339 de la Constitución Nacional, los planes de desarrollo de los niveles nacional y territorial estarán conformados por una parte general de carácter estratégico, y por un plan de inversiones de carácter operativo. Para efectos de la elaboración de los planes de inversión y con el propósito de garantizar coherencia y



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



complementariedad en su elaboración, la nación y las entidades territoriales deberán mantener actualizados bancos de programas y de proyectos.

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

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

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

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

1.2.1.2 Componentes del plan

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

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



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

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

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

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

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

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



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

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

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

1.2.2 Ley 715 de 2001.

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

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

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

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

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



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

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

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

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

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

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

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

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



2 .MARCO TEÓRICO

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

2.1 EL OBJETIVO:

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

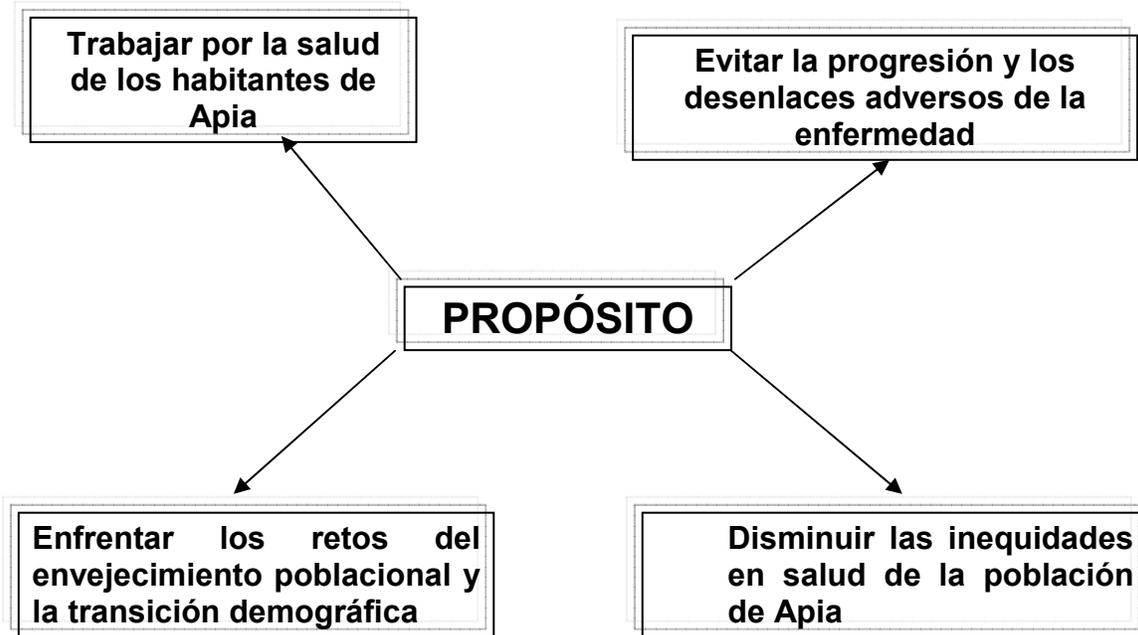
2.2 ENFOQUES Y PROPÓSITOS

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

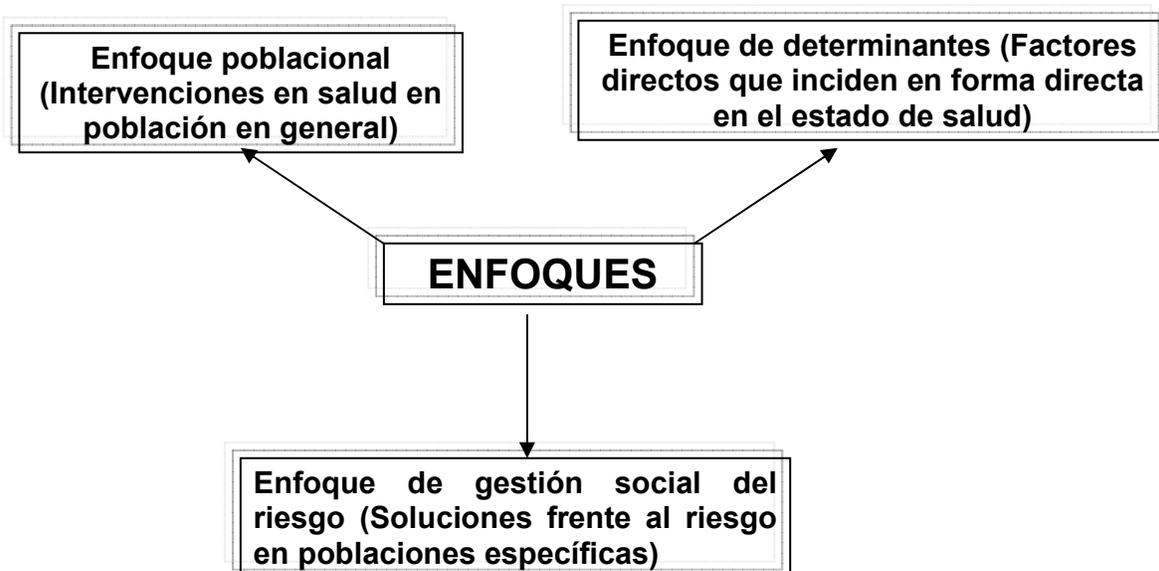
La Formulación y Desarrollo del Plan Municipal de Salud Pública es y será el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales con el propósito de:



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Para ello se articulan los siguientes enfoques:





PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



2.3 PRINCIPIOS

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

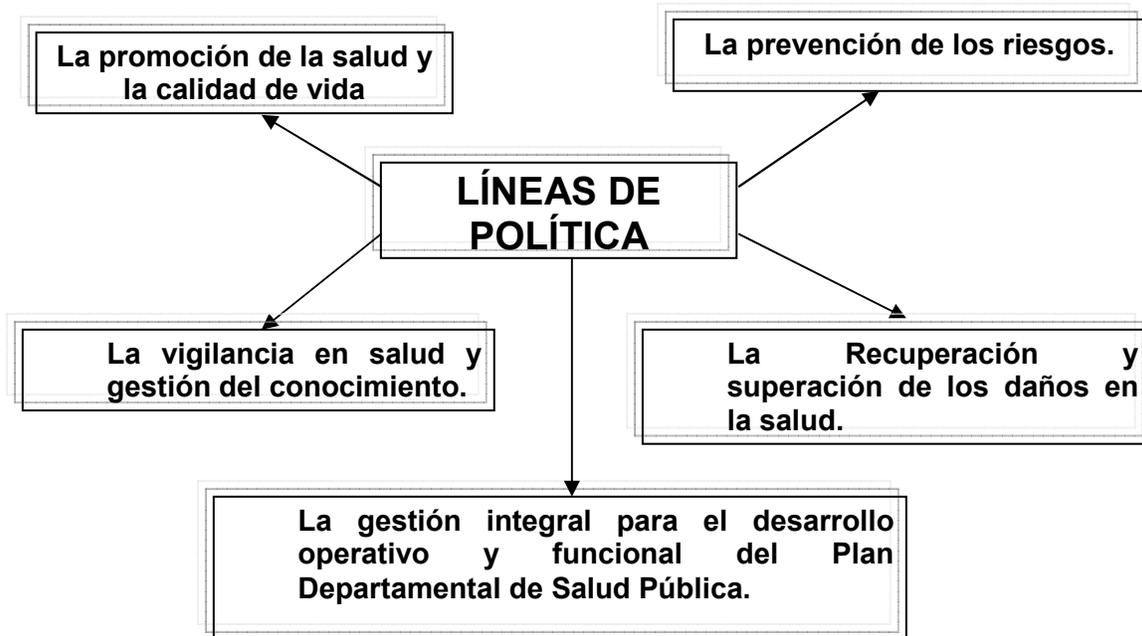


2.4 LÍNEAS DE POLÍTICA:

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, la Secretaría de Salud, Las Direcciones Locales de Salud, las EPS, las ARP, las IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científica y las Universidades formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



2.5. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD EN LA FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA:

2.5.1 Municipios categoría 4,5,Y 6:

1. Participar en el desarrollo del análisis de las necesidades y problemas de salud de la población de su territorio y de la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores de su territorio.
2. Formular con asesoría del departamento el Plan de Salud Territorial y el plan operativo anual.
3. Concertar las metas y estrategias sectoriales e intersectoriales, con la participación de la comunidad, los actores del Sistema de Protección Social y de otros sectores.
4. Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial.
5. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Territorial defina el Ministerio de la Protección Social.
6. Participar en la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial.
7. Promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social del Plan de Salud Territorial.
8. Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en su jurisdicción.
9. Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.
10. Apoyar el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, en coordinación con el departamento.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



11. Coordinar el desarrollo con el departamento la operación de la vigilancia en salud en el componente de vigilancia en salud pública.

2.5.2 De las EPS:

1. Realizar y actualizar el análisis de la situación de salud de la población afiliada.
2. Articularse con la Secretaría de Salud Departamental para la formulación, seguimiento y evaluación de las metas de las acciones individuales en salud pública incluidas en el Plan de Salud Departamental, de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
3. Formular el plan operativo de acción anual para sus afiliados en el departamento, de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
4. Participar en la elaboración del Plan de Salud Territorial en los municipios de su influencia.
5. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública incluidas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado.
6. Desarrollar un plan de asesoría, asistencia técnica y auditoría para las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS que hacen parte de su red que garantice el cumplimiento de las metas de las acciones individuales de salud pública incluidas en el Plan de Salud Territorial.
7. Promover los conocimientos de la población a su cargo en derechos y deberes, en el uso adecuado de servicios de salud y en la conformación y organización de alianzas de usuarios y su articulación con la defensoría de los usuarios.
8. Promover la conformación de redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



9. Realizar seguimiento y análisis por cohortes, de pacientes con tuberculosis, infección por VIH, insuficiencia renal crónica, cáncer, diabetes e hipertensión y cualquier otra condición priorizada, tal como lo defina el Ministerio.
10. Adoptar el sistema de evaluación por resultados y rendición de cuentas.
11. Participar en la operación de la vigilancia en salud, en sus componentes de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.
12. Cumplimiento de los estándares establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, que le corresponden.

2.5.3 De las Administradoras de Riesgos Profesionales:

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



6. Proteger a los trabajadores con discapacidad a través de procesos de rehabilitación funcional y profesional.

2.5.4 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

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

2.6 PRIORIDADES

Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son;

- a) El cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional.
- b) cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías),
- c) El cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables).
- d) Las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



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

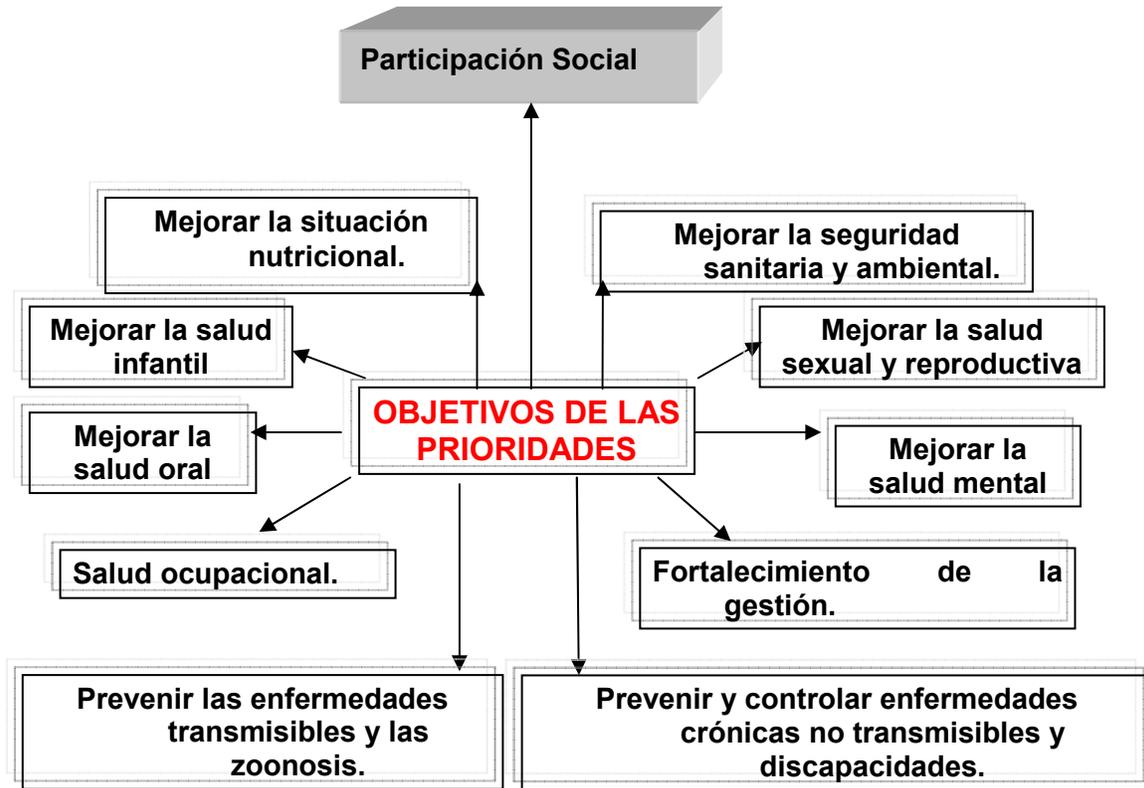
Las prioridades en salud del Plan Departamental, son de estricto cumplimiento en el Departamento, en los planes de salud Municipales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud - EPS, en coherencia con los perfiles de salud de su población.

Los objetivos, metas y estrategias, definidos en este documento serán ajustados para cada municipio de acuerdo a su propio diagnóstico, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Los Objetivos de Las prioridades nacionales acogidas por Risaralda, ajustados a las en salud del Departamento son:



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011





PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



3. ASPECTOS GENERALES DE APIA RISARALDA

Este capítulo contiene un sucinto análisis de los diferentes aspectos históricos, turísticos, económicos, geográficos y demográficos que tienen conexidad con las condiciones de salud, nivel de calidad de vida y la demanda de servicios de salud por parte de la población Apiana.

3.1. GENERALIDADES

- Año de creación: 1892
- Superficie: 143 Km²
- Gentilicio: Apianos
- Número de Veredas: 45
- Capital: Pereira
- Población preliminar del departamento según censo poblacional 2005: 859.666 habitantes
- Población preliminar de Apia según censo poblacional 2005: 16.886 habitantes

3.2. RESEÑA HISTÓRICA DE APIA

El Municipio de Apía se encuentra ubicado aproximadamente a 65 kms. al Noroccidente del Pereira. Sus territorios montañosos están regados por las aguas de los ríos Apía, Guarne y San Rafael.

Fundado en 1883 por los esposos José María Marín y María Encarnación Marín, quienes fueron los primeros colonos antioqueños en llegar hasta estos predios, entre otros colonos se destacan Julián Ortiz y su esposa Juliana Aguirre, Saturnino Marín, José María Ledesma, Carmelo Marín, Rafael Alvarez y Urbano Osorio.

3.3. RESEÑA DEL MUNICIPIO DE APIA.

Cuadro 3.1 Reseña del municipio

Nº	Municipio	Altura (msnm)	Descripción
1	Apia	1.630	Año de creación 1892. Temperatura promedio 19° C. A 65 km de Pereira.

Fuente: Atlas Departamento de Risaralda



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011

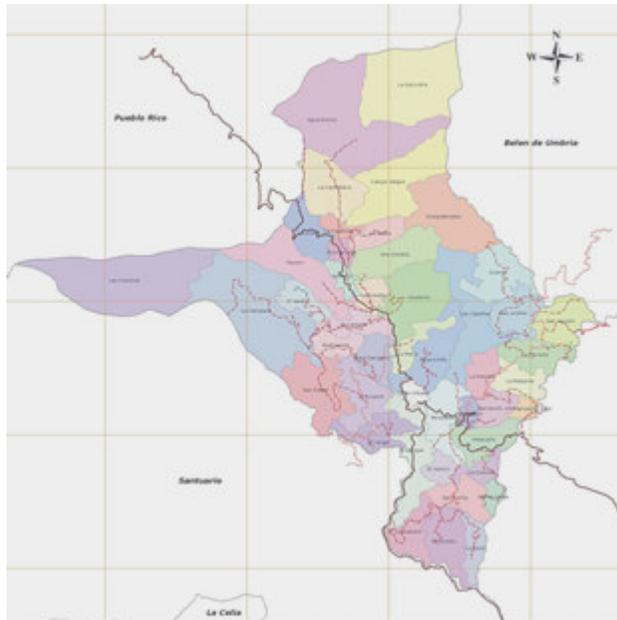


3.4. LÍMITES.

Norte: Belén de Umbría – Pueblo Rico
Oriente: Belén de Umbría – Pueblo Rico (Caldas)
Sur: Santuario – Viterbo
Occidente: Santuario – Pueblo Rico

Gráfico 3.1

Veredas y límites Municipales - Apia Risaralda año 2008



3.5. GEOGRAFÍA FÍSICA.

Cabecera municipal localizada sobre la vertiente oriental de la Cordillera Occidental a 5 grados e Latitud Norte y 75 grados, 57 Segundos de Longitud Oeste de Greedwich

División Territorial: El sector urbano está conformado por los barrios: Jaime Rendón, Bermeja, Centenario, Quince de Agosto, El Clavel, Santa Inés, Villa de



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



las Cáscaras, Acozma I, Motoristas, San Juan, San Vicente, Asovice, Villaserrana, Antonio Nariño.

El sector rural está conformado por 45 veredas

Dos Quebradas, Guarne, San Andrés, San Agustín, La floresta, La Máquina, La sombra, El Manzano, Matecaña, Las Delicias, Bajo Manzanillo, Monte verde, El Jazmín, Alto Manzanillo, Miravalle, San Carlos, El Guanábano, El Quindío, La Equis, El Bosque, El Vergel, El Encanto, San Rafael, Alta Campana, Las Cumbres, Buena Vista, Baja Campana, La María, Valladolid, El Carmelo, El Jardín, Pavero, La Estrella, Alta Estrella, Jordania, La Línea, La Nubia, El Diamante, Agua Bonita, Candelaria, La Farallona, La Garrucha, Las Cabañas, Agualinda y Campo Alegre.

3.6. HIDROGRAFÍA.

El mapa de la red hídrica del municipio de Apia se encuentra conformado fundamentalmente por las microcuencas de los ríos Apía, San Rafael, Guarne, Afluentes del río Risaralda. Microcuenca del río Apía: se encuentra al norte de la cabecera municipal. El área total es de 619 hectáreas, que representan el 4.2% del área municipal. Nace en el alto de Pela huevos, dentro de la cuchilla del San Juan en límites con el municipio de Belén de Umbría. Esta conformado por las quebradas: la Mecenía, La Negra, Agua Bonita, La Samaria, Campoalegre, Sonadora, La Nubia, Lucero, Cajones, La Cristalina, La Cruceta, Muñetón, Ceci, La Soledad, La Maria, El Lolo, Agua Linda, La Popa, Hospital, Magdalena, La Pradera, La Bruja, Farallona, El Tapón, La Clara, Mellizas y Risaralda.

Microcuenca del río San Rafael: esta conformada por las quebradas Santabárbara, El Encanto, LA Desgracia, La Liberia.

Microcuenca del Río Guarne: se encuentra al Oriente del área municipal. El área total es de 804 hectáreas, que corresponde al 5.5% del área del municipio. Esta Conformada por las quebradas: La Soledad, El Oso, San Andrés, El Contento, Sabaletas, Julia, La Maquina.

3.7. VIAS DE COMUNICACIÓN.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Vías Nacionales: Carretera al mar pacífico: Apía – Pueblo Rico – Santa Cecilia – Tadó. Se encuentra en proceso de pavimentación.

Carretera Apía – La virginia: Hace parte de la carretera al Mar Pacífico, se constituye en el principal medio de comunicación del municipio, con el mayor flujo vehicular. Totalmente pavimentada.

Vías departamentales: Vía cabecera municipal – El Encanto – Santuario. Vía Apía – Belén de Umbría.

Vías municipales: Comunican a todas las veredas entre si. Se cuenta con una amplia red vial que une 44 veredas, lo que representa una cobertura de casi el 100%, excepto la vereda La Garrucha.

3.8. RECURSOS TURÍSTICOS.

Los recursos turísticos del municipio se pueden dividir en 3 grandes grupos: Naturales, culturales (Costumbres y tradiciones) y otros recursos.

Para atender la demanda turística, se cuenta con una buena infraestructura de servicios en cuanto a alojamiento y restaurantes.

Cuadro 3.2 Recursos turísticos del Departamento de Risaralda.

Recurso turístico	Descripción
Naturales	<p>Parque Natural Nacional Tatamá: ubicado al occidente. El Cerro de Tatamá constituye su máxima altura con 3950 m.s.n.m. Son dignos de visitar la casa de la cultura, el club Tucarma, la Iglesia Nuestra Señora del Rosario, El Cementerio San José, LA Alcaldía Municipal, El Museo Alboín Gómez Duque, El Monumento de Los Arrieros, el Instituto Educativo de la Sagrada Familia.</p> <p>Parque Municipal Natura Agua Linda – La Maria: con una extensión de 64 hectáreas,</p>



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



	<p>creado mediante acuerdo municipal 035 del 4 de octubre de 1997, como área de manejo especial con el fin de conservar las microcuencas de las quebradas Agua Linda y La Maria.</p> <p>Zona de Amortiguación del Parque Nacional Natural Tatama: Las zonas de amortiguación han sido creadas con el fin de proteger los parques naturales impidiendo que se llegue a causar alteraciones en la ecología o en la vida silvestre de los mismos. Esta zona tiene una extensión aproximada de 2300 hectáreas y comprende la microcuenca del río San Rafael y la quebrada Risaralda, las veredas comprendidas en esta zona son: Las Cumbres, Alta Campana, San Rafael, Parte Alta de Pavero y la Línea.</p> <p>Granja el Paraíso: propiedad de Edgardo Correa. Es modelo de autosuficiencia y un polo de desarrollo ecoturístico.</p> <p>Granja La Maria: representa la potencialidad agroindustrial del municipio. Allí se adelanta el proyecto del manejo de la leche y sus derivados; los jugos y las pulpas.</p>
Culturales	Iglesias de cada cabecera municipal, el palcio Municipal, museo casa de la cultura, los patrimonio arquitectónicos y Corporación Cultural y Musical Rubo Marín Pulgarín: en los bajos del club Tucarma

3.9. ECONOMIA

Las actividades económicas más significativas son la agricultura, ganadería y minería.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Esta representada fundamentalmente en el cultivo de: café, caña panelera, frijol, granadilla, lulo, maíz, mora, plátano, tomate de árbol, tomate de mesa, yuca. El mayor uso del suelo en el municipio esta representado en bosques naturales secundarios, bosques plantados y guadua. El segundo uso en importancia lo constituye la actividad agrícola, siendo la de mayor proyección el cultivo del café. Los estanques piscícolas ocupan 5.00 mts². de espejo de agua. El pasto manejado y el pasto con rastrojo son el 19.38% del área total del municipio.

3.10. FACTORES DE RIESGO NATURAL

Las características geográficas exponen a la población Apiana a ciertos riesgos:

- Movimientos sísmicos. Por encontrarse en zona de alto riesgo debido a una falla geográfica encontrada en la parte alta del municipio por el sector de la vereda agualinda.
- Deslizamientos. La topografía montañosa, la diversidad de suelos, el mal uso del mismo por el hombre y la ubicación de centros poblacionales en áreas no apropiadas exponen la población a la ocurrencia de deslizamientos.

4. DIAGNÓSTICO

4.1 SITUACION DE SALUD

4.1.1. Introducción

El perfil epidemiológico se convierte en aspecto clave para conocer la situación de salud y enfermedad de la población Apiana.

4.1.2. Perfil Epidemiológico

El levantamiento de dicho perfil se realiza con el fin de establecer la magnitud de los problemas de Salud de la población y establecer acciones que conlleven a la disminución de los riesgos para lo cual se toma como base fundamental la



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



información suministrada por el Departamento y la ESE Hospital San Vicente de Paúl la cual parte principalmente de: las primeras causas de consulta externa, de urgencia y odontológica, los egresos hospitalarios, actas de defunción y eventos SIVIGILA.

Causas de Mortalidad

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD APIA RISARALDA AÑO 2006

Orden	tasa/10 000	Cantidad	Descripción Del Diagnóstico	Pobl Apia 2006
1	29.60%	5	accidente vasculra encefalico agudo, no especificado como hemorragico o isquemico	1688 6
2	23.70%	4	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	
3	23.70%	4	Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica	
4	23.70%	4	agresion con dispero armas de fuego en calles y carreteras	
5	17.80%	3	Insuficiencia Cardiaca no especificada	
6	17.80%	3	agresion con dispero armas de fuego en la vivienda	
7	11.80%	2	tumor maligno de colon, parte no especificada	
8	11.80%	2	tumor maligno de prostata	
9	11.80%	2	Persona lesionada en accidente de vehiculo no especificado	
10	11.80%	2	envenenamiento eutoinflingido intencionalmente por y expocición a plaguicidas	
11	236.90 %	40	otrs causas	
Total	420.5	71		

Fuente DANE, certificados de defuncion enero-diciembre de 2006-datos pre

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Nº	CAUSA	FCIA	%	TASA /100000H
1	Hipertensión Esencial (Primaria)	1202	8.0	6749.4
2	Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)	1118	7.4	6277.7
3	Infección De Vías Urinarias, Sitio No Especificado	410	2.7	2302.2
4	Lumbago No Especificado	353	2.3	1982.1
5	Diarrea Y Gastroenteritis	334	2.2	1875.5
6	Parasitosis Intestinal, Sin Otra Especificación	252	1.7	1415.0
7	Gastritis, No Especificada	151	1.0	847.9
8	contractura muscular	133	0.9	746.8
9	Amigdalitis	118	0.8	662.6
10	sinusitis	105	0.7	589.6
11	Demas causas	10867	72.2	61019.7
12	TOTAL	15043	100.0	84468.5

FUENTE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL 2007

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA DE URGENCIAS

Nº	CAUSA	FCIA	%	TASA /100000H
1	Rinofaringitis	104	0.7	584.0
2	Infeccion intestinal viral	92	0.6	516.6



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



3	Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	87	0.6	488.5
4	Dolor agudo	87	0.6	488.5
5	Infeccion vias urinarias	68	0.5	381.8
6	Dolor Abdominal	64	0.4	539.4
7	Amigdalitis	60	0.4	536.9
8	Herida en dedos	53	0.4	297.6
9	Migraña	44	0.3	247.1
10	Parto Unico	42	0.3	235.8
11	Demas causas	2351	15.6	13201.2
12	TOTAL	3052	100.0	17137.4

FUENTE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL 2007

PRIMERAS CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO

Nº	CAUSA	FCIA	%	TASA /100000H
1	Parto único espontáneo	90	0.8	505.4
2	Neumonía bacteriana	21	0.2	117.9
3	Infección de vías urinarias	16	0.1	89.8
4	Insuficiencia cardiaca congestiva	10	0.1	56.2
5	Bronconeumonia	6	0.1	33.7
6	Abseso Periamgdalino	5	0.0	28.1
7	Celulitis cara	4	0.0	22.5
8	Amenaza de aborto	4	0.0	22.5
9	Abseso cutaneo	2	0.0	11.2
10	Candidiasis de la vulva	1	0.0	5.6



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



11	Demas causas	18	0.2	993.9
12	TOTAL	177	1.6	993.9

FUENTE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL 2007

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA ODONTOLÓGICA

Nº	CAUSA	FCIA	%	TASA /100000H
1	Gingivitis crónica	521	4.8	2925.5
2	Caries de la dentina	145	1.3	814.2
3	Pulpitis	42	0.4	235.8
4	Periodontitis crónica	37	0.3	207.8
5	Periodontitis aguda	32	0.3	179.7
6	Raiz dental retenida	31	0.3	174.1
7	Abseso periapical sin fistula	13	0.1	73.0
8	Necrosis de la pulpa	6	0.1	33.7
9	Abrasion de los dientes	1	0.0	5.6
10	Anomalias posición del diente	1	0.0	5.6
11	Demas causas	1247	11.5	7002.1
12	TOTAL	2076	19.1	11657.0

FUENTE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL 2007

4.1.2 Perfil Demográfico

Durante el periodo 1995-2005 la población del Municipio de Apia incrementó en 907 nuevos habitantes según proyección DANE, donde 10768 habitan corresponden a la Zona Rural y 6920 a la Zona Urbana, para un total de 17688



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



habitantes. En este período se presentó demanda adicional de vivienda, educación, salud infantil y recreación.

Tasa de crecimiento anual: De acuerdo a la información disponible del Dane, la tasa de crecimiento de la población total en APIA disminuye año tras año alcanzando para el 2005 niveles cercanos al 0.31%, mientras que en la cabecera urbana se presenta una tasa de crecimiento cercano al 1.01%, en el resto del municipio la tasa empieza a ser negativa desde el 2001.

Tasas de crecimiento exponencial, por mil habitantes, según municipios 2000-2004

Tasa de crecimiento exponencial, por 1000 habitantes en el Municipio

MUNICIPIO	2000/1999	2001/2000	2002/2001	2003/2002	2004/2003
APIA	5,32	5,12	4,75	4,33	3,69
TOTAL	17,20	17,10	16,91	16,62	16,20
DEPTO					

Fuente: DANE

En relación con la población del Municipio en la actualidad, es necesario señalar que el hecho de no contar aún con datos definitivos del censo general de población realizado por el DANE durante los años 2005 - 2006, conlleva a la necesidad de utilizar diversas poblaciones (población censo 1993, SISBEN, Estadísticas Vitales, Censo 2005 datos preliminares), para el cálculo de sus indicadores y el seguimiento de metas de estricto cumplimiento por parte del Ministerio de la Protección Social, con la consecuente falta de uniformidad en los datos.

Efectuada esta observación, debe mencionarse también que las cifras poblacionales que se presentan a continuación, corresponden a las proyecciones para el año 2008 de los datos preliminares del censo 2005 – 2006, efectuadas por el mismo DANE.

Población total por grupos etáreos, zona y género, Apia Risaralda 2008.

Grupos etáreos	Hombres	Mujeres	Total
0 -4	953	895	1,848
5 – 9	918	849	1,767



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



10 – 14	896	826	1,722
15 – 19	890	841	1,731
20 – 24	719	686	1,405
25 – 29	533	504	1,037
30 – 34	551	497	1,048
35 – 39	611	558	1,169
40 – 44	625	586	1,211
45 – 49	548	521	1,069
50 – 54	520	449	969
55 – 59	488	378	866
60 – 64	398	309	707
65 – 69	274	232	506
70 – 74	211	196	407
75 – 79	134	127	261
80 y más años	113	111	224
Total	9,382	8,565	17,947

Fuente: DANE, censo general 2005. Datos proyectados 2008.

4.1.3. Salud Materna e Infantil

Para el año 2006, la tasa municipal de mortalidad infantil se ubicó en 5.6 por 1000 nacidos vivos. Esta tasa es inferior al indicador del departamento la cual esta en (11.7/1000NV) y al nacional la cual esta para el año 2006 en (22.0 /1000 Nv)

Se presentaron dos casos de mortalidad en menores de 5 años en el año 2006 para una tasa (152 /100000)

Por enfermedad diarreica aguda (EDA) en el año 2007, se presentaron 323 casos en menores de 5 años, no se registraron muertes ni hospitalizaciones, pero la mayor incidencia de la morbilidad por esta causa se presentó en la población de la zona rural, siendo esta la primera causa de consulta de urgencias y la octava de consulta externa.

Por infección respiratoria aguda (IRA) en el año 2007, se presentaron 520 casos en menores de 5 años, no se registraron muertes, hubo 17 hospitalizaciones de las cuales solo una requirió de análisis.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Con relación a la salud materna, para el año 2007, el número de consultas prenatales en el Municipio de Apia fue de 155 y el número de partos institucionales fue de 100 para 2007 y 102 para 2006.

El embarazo en adolescentes representa un problema de Salud Pública para el Municipio, toda vez que en los años 2006 de 100 partos institucionales 32 fueron mujeres > 20 años y en 2007 de 102, 33 fueron de esta misma población ocupando uno de los primeros lugares a nivel departamental.

Para los años 2006 y 2007 no se presentaron muertes maternas en el Municipio.

Dentro de las enfermedades prevenibles por vacuna, para el año 2006 no se presentaron casos de difteria, fiebre amarilla, meningitis por Haemophilus influenzae tipo B, poliomielitis aguda, rubéola, sarampión, tétanos neonatal y tosferina.

Plan Ampliado de Inmunizaciones

El Municipio de Apia ha venido presentando una serie de inconvenientes con la canalización de la población menor de 5 años a vacunar, los resultados para el año 2007 nos ubicó como el municipio con coberturas de vacunación mas bajo del departamento con el 68%.

4.1.4 La salud sexual y reproductiva

Se debe tener en cuenta la gran necesidad de implantar acciones articuladas que generen impacto en la población del municipio frente a la gran problemática que en este aspecto se presenta dichas acciones deben ir enfocadas a la promoción y prevención dado el incremento de la solicitud la prueba de VIH SIDA, el inicio temprano de vida sexual activa de los y las adolescentes, la baja utilización de métodos anticonceptivos etc.

4.1.4.1 Línea de base municipal año 2006



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



% de embarazos en adolescentes	32%
% de captación de gestantes.	68%
% de embarazos no deseados	sin dato
Tasa de Mortalidad Materna	0
Tasa de fecundidad	3%
% de parto Institucional	97%
% de gestantes tamizadas para VIH	82%
% Transmisión Madre-Hijo del VIH:	0
Cobertura Acumulada con Citología	1907
Tasa de incidencia en VIH X 100000 hab	11 .8%
1 IPS, con servicios de atención de parto habilitado.	

Determinantes de la Fecundidad en Adolescentes





PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



4.1.5. Enfermedades Transmisibles:

Para la tuberculosis en todas sus formas durante el año 2006 se presentó 1 caso, con una tasa de 7.8 por 100.000 habitantes.

Respecto a la lepra, en el año 2006 no se diagnosticaron nuevos casos en el municipio.

Casos y tasas de tuberculosis y lepra por municipios. Departamento de Risaralda 2006.

Municipio	TBC todas las formas casos	Tasa por 100000 hab	Lepra casos	Tasa por 100000 hab
Apia	1	7,8	0	0,0

Fuente: Programa Micobacterias – SIVIGILA, SDS, 2006.

Con relación a la rabia humana, si bien no se presentan casos en el Municipio. En cuanto a la exposición rábica, en el año 2006 se reportó 1 exposición rábica grave y 5 leves con una tasa del 38.8 (Cuadro 4.9).

Casos y tasas de exposiciones rábicas en municipios año 2006.

Municipio	Exposición rábica leve casos	Tasa por 100000 hab	Exposición rábica grave casos	Tasa por 100000 hab
Apia	5	38,8	1	7,8

Fuente: Programa Zoonosis - SIVIGILA, SDS, 2006

VIH SIDA

Para el año 2006 se presentaron 2 nuevos casos de VIH – SIDA en el municipio. (Fuente: Programa VIH SIDA – SIVIGILA, SDS, 2006)



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



HEPATITIS B

La hepatitis B, presentó para el año 2006, una tasa departamental de 2,2 por 100.000 habitantes, Apia con el mayor riesgo (Tasa de 7,8 por 100.000 habitantes)

4.1.6 Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan primeros lugares entre las causas de enfermedad y muerte de la población Apiana. Para el caso de la mortalidad, durante el año 2006 ocurrieron 7 decesos por estos eventos, lo que representó el 9.8% del total de la mortalidad, para los fallecimientos por causas externas, (20 casos,28.16%) y por neoplasias (2 casos,2.8%)



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Dentro de otras patologías crónicas no transmisibles, es importante mencionar los trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas, del cual aun no se tiene un dato exacto de incidencia de la población apiana.

4.1.7 Violencia y Lesiones de Causa Externa

Las agresiones (homicidios) tienen un alto impacto en la salud de la población, representando para el año 2006, el 15,4% de todas las causas de muerte (11 muertes por esta causa), con una disminución porcentual respecto al año 2005, en el cual se presentaron 21 muertes.

4.1.8 Delitos sexuales

A pesar de tener conocimiento de la incidencia de este tipo de delitos en el municipio, aun no se tienen datos exactos y porcentuales.

4.1.9 Nutrición

No se presentaron muertes por desnutrición crónica en el año 2006, el % de consulta de primera vez con desnutrición global se encuentra dentro de un rango optimo. La ESE no cuenta con un registro o estudio actualizado para captar los niños con problemas de desnutrición en el municipio.

4.1.10 Población en Condiciones de Vulnerabilidad

La dinámica del desplazamiento en el municipio se da principalmente por ser un municipio receptor donde para el 2006 se teinan aproximadamente 300 personas en situación de desplazamiento.

En relación con la discapacidad, los datos para el municipio es que de cada 100 apianos 9.57 tiene alguna limitación (DANE, censo general, 2005), de los cuales se tienen registrados e identificados 683 personas.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



4.1.11 Abuso del consumo de Sustancias Psicoactivas

El problema del consumo de sustancias psicoactivas se encuentra suficientemente documentado en el país, pero tales estudios han tenido dificultades al no permitir realizar correlaciones entre los mismos, debido a las diferencias metodológicas; sin embargo han sido y son referentes en el municipio de Apia, teniendo en cuenta que aún no se cuenta con un estudio propio.

En la actualidad se ha hecho visible el consumo de sustancias como el Popper, la marihuana, el perico son sustancias mas frecuentes en el municipio.

La falta de cobertura o la poca posibilidad económica de acceder a las instituciones que se ocupan de la problemática, ha permitido el incremento de adicción de la población; además el percibir la situación de legalización del consumo de marihuana, basado en el concepto de dosis personal, e igualmente como la ingesta de alcohol y el consumo de cigarrillo. Asimismo, ha significado la transformación de lo ritos y mitos de iniciación con las sustancias legales, generando ingreso a estos consumos a edades tempranas, brindando oportunidades para la experimentación con otras sustancias psicoactivas.

La atención se ha centrado principalmente intervención directa en trabajo de abordaje con familias, comunidades e instituciones educativas que son actores fundamentales en los procesos de inclusión social.

4.2 SALUD AMBIENTAL

Las condiciones sanitarias del medio ambiente constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de una serie de patologías como IRA, EDA, escabiosis, dermatitis, parasitismo intestinal, dengue y otras ETV, entre otras, asociadas con deficiencias en las condiciones sanitarias en la vivienda, la prestación y calidad de los servicios públicos, hábitos higiénicos (aseo de la vivienda, higiene personal), del mal estado de los establecimientos objeto de interés sanitario (mataderos, plazas de mercado, relleno sanitario, cementerios, plantas de tratamiento, etc.) evidentes en el perfil epidemiológico municipal.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



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

El municipio ha contado con un técnico de Saneamiento ambiental vinculado por nombramiento provisional a la Secretaria de Salud Departamental, quien desarrolla las actividades establecidas en la ley 715 de 2001, el desarrollo de las competencias en materia de salud ambiental consideradas en el PLANASA (Plan Nacional de Salud Ambiental),

En la zona urbana del municipio, se presentan deficiencias sanitarias resultantes de la falta de inversiones integrales y sostenibles en la infraestructura sanitaria municipal: matadero de bovinos, aves y porcinos, planta de tratamiento de agua para el consumo humano, ausencia sistemas de tratamiento de aguas residuales, economía informal, elaboración y venta de alimentos, expendio de agroquímicos. La destinación de los recursos de inversión en infraestructura se ha centralizado históricamente en recuperación de redes de acueductos y alcantarillados en los planes maestros en las cabeceras urbanas sin considerar la optimización o construcción de sistemas de tratamiento.

Mientras tanto en la zona rural se concentran los problemas más evidentes de deficiencias en la prestación de servicios públicos y contaminación de recursos naturales: bajas coberturas de acueducto y alcantarillado, contaminación del agua para el consumo humano, deficiencias en el manejo de residuos sólidos, uso irracional de abonos y plaguicidas, limitada accesibilidad a servicios de salud, desarrollo de actividades agrícolas y pecuarias, entre otros. Adicionalmente, se presenta la ubicación de grupos étnicos: indígenas y afro colombianos con características específicas en su cultura y sus hábitos, aunque en baja incidencia en el municipio.

4.2.2 Factores de riesgo físicos:

Agua cruda: micro cuencas abastecedoras.

Buena parte de la preocupación municipal en materia de agua a nivel institucional y de la sociedad civil se ha centrado en la oferta y la demanda hídrica, con un fuerte énfasis en la disponibilidad de fuentes superficiales.

La disponibilidad de agua cruda para el potencial consumo humano en el



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



municipio de Apia es alta teniendo en cuenta que existen alrededor de 30 sistemas de abastecimiento colectivos tanto urbanos como rurales en uso y no menos de un 15% de la población especialmente de la zona rural dispone de abastecimientos individuales o menores de 100 habitantes.

Para el municipio de Apia se dispone de 2 sistemas de abastecimiento Urbano y 28 sistemas de abastecimiento rurales objeto de vigilancia de la Secretaria Departamental de Salud y su característica más relevante se refiere a la falta de potabilización.

Residuos sólidos domésticos.

Las coberturas útiles en la prestación del servicio de aseo alcanzan un promedio del 100% para las cabeceras municipales, y una preocupante disposición a campo abierto en no menos del 98% del área rural, esto sin hacer referencia a las quemas a campo abierto y disposición a fuentes de agua. Es de anotar que para la disposición final se deben desplazar a la ciudad de Pereira (relleno sanitario la glorita)

4.2.3 Factores de riesgo del consumo

Sistemas de abastecimiento de agua para el consumo humano:

Área rural: la situación es crítica debido a la falta de sistemas de potabilización (plantas de tratamiento o etapas mínimas de tratamiento) del agua en los acueductos (colectivos), en el 100% de acueductos rurales solamente se aplica cloro como desinfectante, esto sin considerar la discontinuidad en el suministro del mismo por parte de la alcaldía municipal y de la comunidad encargada de su administración. Es decir la población expuesta al consumo de agua no potable es de esta zona del municipio

Cuadro 4.15. Acueductos con desinfección. En Apia 2007

Municipio	Acueductos		
	Total	Desinfectados	%
Apia	30	2	6.67



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



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

Alimentos:

A partir de la información del técnico de saneamiento municipal adscritos a la Secretaria de Salud se han identificado un total de: xxxxx expendios de alimentos, incluye cafeterías, heladerías, panaderías y tiendas, expendios de carne, plaza de mercado y una planta de sacrificio la cual por gestión municipal esta próxima a reabrirse, cantinas y discotecas, hogares y restaurantes del ICBF, en los cuales la vigilancia es competencia de la Secretaria de Salud, por estar el municipio en categoría 6 y n cuyas visitas se dejan requerimientos para mejorar sus condiciones higiénicas y obtener el registro sanitario favorable.

Medicamentos:

El municipio cuenta con 4 droguerías, y un establecimiento farmacéutico en la ESE en los cuales la atención es brindada por personal idóneo y 1 tienda naturista la cual cuenta con registro sanitario favorable. Igualmente vigilados por un técnico de saneamiento ambiental adscrito a la secretaria Departamental de salud.

Número de establecimientos farmacéuticos y tiendas naturistas del municipio.
2007

Municipio	Droguerías	Tiendas Naturistas	Establecimientos farmacéuticos
Apia	4	1	1

Se realizan visitas de inspección, vigilancia y control en establecimientos farmacéuticos 3 veces al año como lo exige la normatividad vigente se toman medidas sanitarias y se ha trabajado fuertemente en capacitar a todo el personal que de una u otra manera intervienen en el manejo de los



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



medicamentos.(Legislación Farmacéutica).

4.2.4 Factores de riesgo biológicos:

Zoonosis:

Las principales zoonosis objeto de vigilancia sanitaria en el Municipio de Apia la constituye la rabia canina asociada a exposiciones y accidentes rábicos asociados con caninos en por lo menos el 95% de los casos reportados, Es evidente que la mayor cantidad de casos se presenta en el área Urbana Debe anotarse que durante los últimos diez (10) años no se han presentado casos de rabia en humanos frente al comportamiento nacional de casos en la Costa Atlántica y Santanderes. Es de vital importancia considerar que el riesgo se mantiene latente en términos de la vecindad con otros departamentos: Caldas, Quindío, Valle del Cauca, Chocó.

Frente a las coberturas de vacunación útiles en el Municipio, estas alcanzan un 55% en las cabeceras urbanas y presentan un promedio del 30% en las zonas rurales debido a limitaciones en el desplazamiento.

Debe destacarse la no presencia de casos de leptospirosis en los últimos años.

Enfermedades transmitidas por vectores:

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

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



El municipio de Apia no es ajeno a la problemática de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), teniendo en cuenta que el Dengue es endémico en muchos municipios del Departamento

Por malaria no se reportaron casos en el año 2006, igualmente sucedió

Las condiciones del medio ambiente constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de las ETV en el Municipio, asociadas con deficiencias en las condiciones sanitarias en la vivienda, la prestación y calidad de los servicios públicos, hábitos culturales (recolección de inservibles en los patios) e higiénicos (aseo de la vivienda), del mal estado de los establecimientos (cementerios, establecimientos educativos, hogares de ancianos, etc.) evidentes en el perfil epidemiológico municipal.

Índices aedicos. Municipal. 2007

Municipio	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Apia	7,5	4,8	ND

Fuente: Programa ETV – Secretaría de Salud Departamental

Es importante anotar que los técnicos ETV realizan levantamiento de índices aédicos trimestralmente (4 veces al año) en el municipio, con base en estos se realizan las acciones correspondientes.

A pesar de no presentarse casos de malaria en el municipio por no ser zona endémica, no se descarta la posibilidad de la presencia en algún momento de la enfermedad teniendo en cuenta la el paso de la vía panamericana por el municipio y la migración por parte de la población indígena y afro durante la época de recolección de café.

Leishmaniasis

El no reporte de casos posiblemente se deba a que se han adelantado esfuerzos para el control del vector encaminadas principalmente a la vigilancia y control de



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



focos, información y educación a la comunidad mediante charlas en las cuales se enfatiza sobre el desarrollo de actividades de promoción, prevención y control selectivo de vectores (cultural – físico).

4.2.5 Factores de riesgo químicos

Plaguicidas.

Existen 3 expendios de plaguicidas en el municipio, dos de ellos con concepto sanitario favorable y 1 en proceso de adquisición de este el cual pertenece al comité de cafeteros, a los cuales se les ha capacitado frecuentemente a cerca de los productos con prohibición de expendio; de igual forma se ha capacitado a diferentes grupos de la población a través de la Secretaria Departamental de Salud y del concejo Municipal de Plaguicida en el cual se analizan periódicamente los casos de intoxicaciones por estos productos de lo cual se tiene que en el año 2006 se presentaron 17 intoxicaciones entre laborales y gestos suicidas en los cuales los productos más comprometidos son: campeón, baygon y round up; es de anotar que la vigilancia inspeccion y control de estos establecimiento es ejercida por el Departamento a través del Técnico de Saneamiento Ambiental.

Expendios de plaguicidas. Departamento de Risaralda 2006

Municipio	Numero	Concepto favorable
Apia	3	2

El punto crítico de control apunta hacia el control de las ventas ambulantes de insecticidas: Tiza china, mataratas Guayaquil, mataratas Campeón, entre otros y la comercialización ilegal de endosulfan proveniente de Ecuador en la zona rural del municipio.

Adicionalmente, los rodenticidas de mayor comercialización a nivel local son los siguientes: Racumin cebo (Bayer), Racumin gránulos (Bayer), Matasiete (Ratar Ltda.), Rodilon gránulos (Bayer), Rataquill SB (Minagro Ltda.), Musal (Scherin Plough) y Klerat gránulos (Novartis Colombia) todos ellos comprometidos en intentos suicidas y de libre venta en el comercio local.

SALUD ORAL



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Es importante anotar que el municipio ha tenido implementado el plan de salud oral desde el año 2004, beneficiando al total de la población en edad escolar del municipio, sin dejar de desconocer la enorme preocupación por la población adulta, la cual por diversas causas (Hábitos higienicos y alimenticios) no valoran ni conservan la dentadura ocupando la segunda causa de consulta odontológica la CARIES DENTINA.

NUTRICION.

No se presentaron muertes por desnutricion CRÓNICA, el % de consulta de primera vesa con desnutrición global se encuentra dentro del rango optimo. La ESE no cuenta con un registro para captar los niños con lactacia materna exclusiva.

SEGURIDAD Y ENFERMEDADES LABORALES

Dado el grado de importancia que tiene el factor productivo en la sociedad se debe resaltar la prevención de este tipo de enfermedades en la población, y de la dificultad del acceso para alguna de ella por el factor cultural especialmente de la población campencina quienes mas afectados se ven, si se tiene en cuenta su actividad laboral y que por datos suministrados por la ESE son quienes mas consultan por problemas como el lumbago no especificado ocupando este el quinto lugar entre las 10 primeras causas de consulta.

4.3 ASEGURAMIENTO EN SALUD

4.3.1 Población pobre y vulnerable. Como se observa en el cuadro 4.21 el Municipio cuenta con una población pobre y vulnerable que de acuerdo al SISBEN, el total de la población Dane. Conforme a la normatividad vigente en el sector salud dicha población debe identificarse a través del SISBEN, lo que implica que una alta proporción de la población puede acceder a los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud ya sea como beneficiarios del Régimen subsidiado o transitoriamente como pobre y vulnerable no afiliada al SGSSS.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Distribución de la población pobre y vulnerable según SISBEN a noviembre de 2007 - Dane 2008. Apia de Risaralda.

Municipio	Población total Dane		Población SISBEN 1, 2 y 3 e Indígena y Listado Censal	
	#	Dist. % respecto al total Dpto.	#	% respecto al municipio
Apia	17.947	1,96%	14.187	79,05%

Fuentes: Base datos Sisben a noviembre de 2007

Población Ministerio 2008 PAI y Proyección Dane 2008

Listado censal afiliados desplazados y desmovilizados

En el municipio más del setenta y seis por ciento de la población se encuentra en niveles de pobreza 1, 2 y 3 del SISBEN.

4.3.2 Régimen Subsidiado. Con respecto a la población con derecho a este régimen la cobertura de afiliación es del 42.26% de la población DANE; teniendo el municipio una cobertura por debajo del cincuenta por ciento.

Cuadro 4.22. Distribución Población Régimen Subsidiado. Departamento de Risaralda Enero 2008.

Municipio	Afiliados régimen subsidiado		
	Personas afiliadas	% respecto total población DANE	Distribución porcentual
Apia	7.777	42,26%	2,22%

Fuente: Contratación Municipios régimen Subsidiado

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA POR EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

En el municipio se encuentran 3 EPS-s del Régimen Subsidiado que prestan sus servicios a 7777 afiliados, de los niveles 1 y 2 del SISBEN y personas en situación de desplazamiento: café salud con (4373) y Asmetsalud (3337); y Caprecom EPS con 67 usuarios.

4.3.3 Régimen Contributivo. De acuerdo a la información entregada por el Consorcio Fidufosyga, se encuentran en el municipio un total de 2.452 personas



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



afiladas a las diferentes EPS del régimen contributivo, ya sea como compensados o suspendidos hasta el año 2007

población del régimen contributivo. Apia Risaralda -Enero 2008

Municipio	Afiliados régimen contributivo		
	Personas afiliadas	% respecto total población municipio	Distribución Porcentual
Apia	2.452	13,66%	0,51%

Fuente: Informe contributivo Fidufosyga enero 30 de 2008

4.3.4 Población sin Seguridad Social en Salud. Según cuadro 4.24 existen 4.643 personas de nivel 1, 2 y 3 que de acuerdo al Sisben, se encuentran en espera de recursos que permitan ser afiliarlos al régimen subsidiado por parte de ente territorial, este grupo representa el 25.87% del total de la población del municipio

población pobre y vulnerable Sin Seguridad Social en Salud de apia Enero 2008.

Municipio	P o b l a c i o n Sin Seguridad Social Salud		
	S e g ú n S I S B E N 1, 2 y 3 e Indígena y listado censal		
	#	% respecto al municipio	Distribución porcentual
Apia	4.643	25,87%	1,86%

Fuente Bases Sisben a noviembre de 2007

4.3.5 Población por afiliar. El país presenta un grave problema estructural en lo que a población se refiere. Por población DANE 2005, harían falta por afiliar a los regimenes contributivo y/o subsidiado 94.006 personas. Si hacemos el mismo análisis con el SISBEN 1 2 y 3 la meta por afiliar serian 4.643 personas, lo que nos permite concluir las graves deficiencias en los instrumentos existentes para identificar y focalizar a la población pobre.

Población por afiliar. Apia Risaralda enero de 2008



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Municipio	Dane	Listado censal	Total población Dane y Listado Censal	Afiliados Subsidiados	Afiliados contributivo y Especial	Total Afiliados	Por afiliar Según Dane y Listado Censal	Por afiliar según Sisben y Listado Censal	Diferencia identificar Dane - afiliar Sisben y Listado censal
Apía	17.947	457	18.404	7.777	2.452	10.229	8.175	4.643	3.532

Población Ministerio 2008 PAI y Proyección Dane 2008
Listado Censal Desmovilizados – desplazados
Afiliados subsidiados a enero de 2008
Informe contributivo Fidufosyga 2005 enero 30 de 2008

Población por niveles a afiliar según Sisben. de Risaralda enero de 2008

Municipio	Por afiliar SISBEN nivel 1	Por afiliar SISBEN nivel 2	Total 1 y 2	Listado censal por afiliar	Total SISBEN N 1 y 2 y listado censal	Nivel 3 SISBEN	Total vinculados SISBEN y listado censal
APIA	856	2,571	3,427	101	3,528	1,115	4,643

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

4.3.6 Recursos. Para el año 2.007 se dispuso de \$93.202.550 (miles) como Sistema General de Participaciones (SGP) para la oferta del primer nivel, con el fin de contratar la atención de la población que se encuentra identificada y esta sin Seguridad Social en Salud con las instituciones hospitalarias.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



Información correspondiente a la distribución de Sistema General de Participaciones y Rentas Cedidas donde se observa que el valor promedio de atención en el municipio vinculado es de

Determinación de SGP . Apia Risaralda. Año 2007

Municipio	Total Sistema General de Participaciones y Rentas Cedidas			Por afiliar SISBEN e indígenas. Listado censal	MILES DE \$ Percápita
	Oferta	Aportes	Total		
Apía	154.579	120.449	275.028	4.643	59,24

Fuente Bases Sisben a noviembre de 2007

Descontados afiliados régimen subsidiado y contributivo Según Sisben

Afiliados subsidiados a enero 1 de 2008

Recursos año 2007 Secretaria Departamental de Salud - Pagos

Población Sin seguridad Social identificada a enero de 2008

4.3.7 Cofinanciación departamental para el régimen subsidiado. En el cuadro 4.28 se relaciona el total de los afiliados financiados con recursos del departamento a partir del 1 de abril de 2008 y el valor correspondiente teniendo en cuenta el valor de la UPC-S de \$242.730.00

Cofinanciación régimen subsidiado con recursos departamentales. Para el municipio de Apia Risaralda enero 2008

Municipio	Población financiada recursos departamento	Valor año 2008
Apia	225	54.533.250,00

la UPC-S para el año 2008 corresponde a \$242.703.00 y la UPC del Régimen Contributivo es de \$430.488.00.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



No obstante se tiene que el valor de la UPC-S incremento el 6.5% para el presente año tanto en el régimen contributivo y Subsidiado, quedando el subsidiado con una UPC-S de \$242.730, el Municipio debe garantizar la prestación de servicios a la población identificada como pobre y vulnerable sin Seguridad Social en Salud.

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

Se debe continuar con el proceso de evaluar la forma de incrementar los afiliados al régimen contributivo buscando la reducción de la evasión y elusión a este régimen.

Igualmente dentro del proceso a nivel Municipal se pretende realizara el fortalecimiento del Sistema Integrado de información en Salud que incluye el manejo del régimen subsidiado a nivel municipal.

4.4 SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES

Reforzamiento Estructural

Estudios de vulnerabilidad sísmica, refuerzos estructurales y presencia de estudio de catastro físico y de diseño para el nuevo Hospital

Dentro del proceso de modernización de la institución hospitalaria, es necesario establecer el diagnóstico de las necesidades de estudios de vulnerabilidad sísmica y refuerzo estructural, para dar cumplimiento a los plazos dados por la ley 715 de 2001. Donde la ESE del municipio no cumple con los requisitos técnicos requeridos, por lo que se hace necesario gestionar para la reubicación y construcción de una nueva ESE.

Valor estimado para la construcción de una nueva ESE

Nivel	Institución	Municipio	construcción (en miles)
I	ESE H. San Vicente de Paúl	Apia	2.000.000.00.

Fuente: Plan Bial de Inversiones Risaralda 2007-2009



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



4.4.2.1 RECURSO FISICO EN SALUD

El municipio cuenta la ESE Hospital San Vicente de Paul como unica Intitucion Prestadora de Servicios de primer nivel de complejidad donde se ofertan los servicios de Consultas medicas (Urgencias y externa) y Odontológicas, hospitalización, Promoción y prevención, vacunación, pequeñas cirugías, colposcopias, farmacia y laboratorio clínico.

Prestadores de servicios de Salud inscritos en el registro especial de instituciones según tipo. Apia. Año 2007

Tipo de prestador	Número
IPS Públicas	1

Fuente: Base de datos inscripción registro especial de prestadores de servicios de salud Secretaria de Salud Departamenta

Capacidad instalada el ESE Hospital San Vicente de Paul

RECURSO FISICO Y CAPACIDAD INSTALADA	2006	2007
CAMAS DE HOSPITALIZACION	5	5
CAMAS DE OBSERVACION	4	4
CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA	7	7
COMSULTORIOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	1	1
SALA DE CIRUGIAS	1	1
MESA DE PARTOS	1	1
NUMERO DE UNIDADES ODONTOLOGICAS	5	5

Recurso humano en la ESE Hospital San Vicente de Paul

RECURSO HUMANO	2006	2007
MEDICOS	5	5
ODONTOLOGOS	2	2
BACTERIOLOGOS	1	1
AUXILIARES DE BACTERIOLOGIA	1	1



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



ENFERMERAS	2	2
AUXILIARES DE ENFERMERIA	12	12
AUXILIARES DE ODONTOLOGIA	1	1
HIGIENISTAS ORALES	2	2
GERENTE	1	1
ADMINISTRATIVOS	1	1
SISTEMAS	1	1

La relación de médicos por mil habitantes es de 0.28 por mil, inferior al promedio nacional para el año 2005 de 0.8 por mil, cabe señalar que la ESE ha calculado los instrumentos médicos teniendo en cuenta el número real de egresos, los días cama ocupados y la producción en consulta externa, por lo cual el número de instrumentos es el requerido en términos de costo eficiencia.

4.5 DIRECCIÓN DEL SISTEMA

4.5.1 Direcciones Locales de Salud

Las funciones específicas de la dirección Local de Salud están a cargo del Secretario de Gobierno Salud y Educación y apoyadas por un Técnico Operativo de Salud el cual se encuentra vinculada a la Planta de Personal de la administración Municipal, dicha estructura se hace insuficiente para asumir las múltiples funciones que demanda dicha Dependencia para cumplir con los requerimientos que exige la Ley y brindar el apoyo requerido por la comunidad.

4.5.2 Cumplimiento de competencias sectoriales. El municipio de Apia Risaralda fue certificado por el Ministerio de Salud como ente descentralizado el 2 de agosto de 1994 mediante resolución No 5120. A su vez adelantó un proceso de certificación de los municipios del departamento, conforme al cumplimiento de los requisitos establecidos por el artículo 16 de la ley 60 de 1993 y el decreto 1770 de 1994, alcanzando un número de 10 municipios descentralizados. No alcanzaron a ser certificados los municipios de Marsella, Guática, Pueblo Rico y Santuario.

En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001, los municipios certificados a 19 de abril de 200, han sido evaluados por un equipo interdisciplinario y con el formato establecido por el Ministerio de la Protección Social, respecto al cumplimiento de sus competencias, conforme a los



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



parámetros establecidos por el nivel nacional, a razón de sustentar la capacidad de gestión con respecto a las competencias sectoriales, la evaluación del 2007 fue favorable.

Gestión de la Salud Pública

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

Gestión al Sistema General de Seguridad Social en Salud

El aseguramiento de la población, la ejecución de los recursos de régimen subsidiado con su respectiva vigilancia y la atención oportuna y de calidad son funciones de la Dirección Local de Salud con la participación de las EPS, ESE y la comunidad a través de las ligas de usuarios.

4.6 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Esta se convierte en un punto de vital importancia ya que se da la oportunidad a la comunidad de realizar vigilancia y control tanto a las EPS y a la ESE, como también a la Dirección Local de Salud como tal, es importante resaltar que en el Municipio de Apia se han implementado y se encuentra próximas a funcionar las Veedurías para la contratación del Régimen Subsidiado y se encuentra funcionando a cabalidad con reuniones mensuales las ligas de Usuarios de cada una de la EPS-s.

5. PROCESAMIENTO ESTRATÉGICO BAJO EL ENFOQUE DEL MARCO LÓGICO.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



5.1 VISION

En el 2011 el Plan de Salud Territorial del municipio habrá logrado aportar acciones para el mejoramiento del estado de salud de la población Apiana, implementando y desarrollando las competencias y responsabilidades asignadas en materia de la salud pública, en el aseguramiento de la población y en la oferta de todos los servicios de salud; que incluya todos los grupos de edades, grupos vulnerables, comunidades étnicas y minorías; con enfoque de equidad de género y obteniendo los mejores indicadores de gestión, acción social y calidad de vida para todo municipio.

5.2 MISIÓN

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



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



5.3. ANALISIS SITUACIONAL DOFA (debilidades, oportunidad, fortalezas y amenazas).

5.3.4 Debilidades

1. Precario desarrollo en las Direcciones Locales de Salud.
2. falta de conciencia hacia la prevención en la comunidad
3. practicas curativas en la comunidad.
4. Falta de compromiso interinstitucional e intersectorial
5. bajo cumplimiento de las acciones de promoción y prevención por parte de los aseguradores y prestadores
6. estilos de vida y ambiente poco saludables
7. inadecuado uso por parte de los usuarios de los servicios de salud lo que dificulta la oportunidad y acceso.
8. Componente no estructural de las IPS altamente vulnerables en caso de ocurrencia de sismos y otros eventos catastróficos.
9. Deficiente desarrollo del sistema de información en salud.
10. Multiafiliación entre los usuarios del SGSSS

5.3.1 Oportunidades

1. 56.09% de la población pertenece al régimen contributivo y subsidiado con asegurador que debe responder por su atención.
2. Disponibilidad y utilización de medios masivos de comunicación.
3. Apoyo de la Secretaria de Salud Depoartamental.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



4. La Inclusión de acciones de salud pública en otros sectores.
5. intervención de la comunidad.
6. vias de acceso urbano y rural
7. mecanismos de comunicación via internet

5.3.3 Fortalezas

1. Existencia de un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.
2. existencia de una IPS habilitada
3. prestación de servicios atraves del Portafolio de servicios
4. Desarrollo del sistema de comunicaciones
5. Compromiso político-administrativa para el cumplimiento de la metas.
6. Plan Territorial de Salud Pública elaborado.

5.3.2 Amenazas

1. Los recursos asignados al sector son insuficientes
2. desmidas responsabilidades para la entidad territorial sin asignar recursos suficientes.
3. Intermediación innecesaria de las Administradoras de Régimen Subsidiado, e integración vertical de las EPS.
4. mala utilización de los servicios de salud
5. Disminución de fuentes de trabajo.



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



6. Número importante de riesgos naturales y antrópicos (Violencia intrafamiliar, violencia social y conflicto armado).
7. bajo nivel educativo y cultural
8. recorte en los recursos asignados para la financiación del Régimen subsidiado por problemas de Multifiliación.

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

INEFICIENCIA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CAUSAS

- escasos recursos para la atención a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidio a la demanda y lo no POS
- mala utilización de los servicios de salud
- Plan de beneficios fragmentado, dificulta la atención integral en salud
- Evasión y Multifiliaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Las aseguradoras siguen siendo intermediarios, sin asumir la atención integral y la reducción de los riesgos en salud en la población asegurada

Consecuencias

- Pérdidas económicas para la ESE
- Poca accesibilidad a los servicios de salud
- menos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Deterioro de la salud de la comunidad y del equilibrio financiero de la ESE
- Desangre económico del Sistema General de Seguridad Social en Salud



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



SOLUCIONES

- Gestionar recursos para mejorar la calidad, oportunidad y accesibilidad de la población pobre no afiliada y lo NO POS
- Contratación directa con prestadores de servicios de salud
- Desarrollar un modelo de atención a la población
- Ampliar cobertura del aseguramiento en los régimen contributivo y subsidiado
- Política de Estado, encargado de definir planes de beneficios

AMPLIACION DE CUPOS EN RÉGIMEN SUBSIDIADO PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE LA POBLACION APIANA

ACCIONES

- Depuración de las bases de datos del SISBEN, subsidiado y evitar evasión en contributivo mediante la concientización de la población con capacidad de pago
- Ampliación de cobertura.
- Brindar espacios a la participación social en busca de articular acciones enfocadas a la comunidad para mejorar la utilización de los servicios de salud
- Desarrollar un modelo de atención a la población rural.
- ESTABLECER POLÍTICAS DE ESTADO DEFINIENDO PLANES DE BENEFICIOS INTEGRALES

DEFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAUSAS

- Dificultad para el acceso de los servicios de salud por parte de la población rural
- Dificultad para el acceso a las acciones de p y p de carácter individual en especial en el segundo y tercer nivel
- Practicas curativas en la población



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



CONCECUENCIAS

- Incremento de la morbilidad en la población Apiana
- Incumplimiento en las metas de PyP
- Desenlace de la enfermedad con consecuencias irreversibles.

SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD

ACCIONES

- continuar con las campañas extramurales en la zona urbana del municipio.
- Sensibilización en la población para la buena utilización de los servicios de salud
- Buscar estrategias que permitan un fácil acceso a los servicios de segundo y tercer nivel de la población.
- Velar por que los servicios de salud brindados a la población por parte del personal de Salud se presten con calidad.

RIESGOS EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

CAUSAS

- Insuficiente conocimiento del riesgo a nivel municipal y de herramientas para la priorización para su intervención.
- alta rotación de personal que no garantiza la continuidad y calidad de los preparativos de respuesta ante las situaciones de emergencias y desastres.
- Deficiencia en la concertación intra e intersectorial del componente salud en el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de los daños

SOLUCIONES

- Mejorar la capacidad sectorial, institucional y comunitaria para la gestión del riesgo mediante la intervención de la vulnerabilidad.

POR UNA SALUD PUBLICA INTEGRAL

CAUSAS



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



- Bajas coberturas de vacunación , EDA e IRA entre las primera causas de consulta
- Dificultades de acceso a servicios de salud con calidad
- Entornos, hábitos y estilos de vida no saludable
- Ausencia de procesos intersectoriales que mejoren las condiciones nutricionales
- Baja cobertura y deficiente impacto de los procesos de información y orientación al usuario sobre los planes de beneficios en SSR.
- Demanda inadecuada de servicios
- Insipiente procesos de participación social frente a la problemática de la SSR.
- Incremento del movimiento poblacional
- Factores socioculturales
- Baja cobertura y deficiente impacto de los procesos de información y orientación al usuario sobre los planes de beneficios en salud.
- Dificultades de acceso a servicios de salud mental con calidad (diagnostico, tratamiento y rehabilitación)
- Deficiencia en habilidades y destrezas psicosociales y psicoemocionales, Incremento del estrés
- Violencia social e intrafamiliar, Incremento del consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas.
- Hábitos y comportamientos inadecuados de la población con enfermedades crónicas.
- Dificultad para el acceso a las acciones de p y p de carácter individual en especial en el segundo y tercer nivel.
- Deficiente infraestructura sanitaria en la zona urbana y rural, mala calidad en la prestación de servicios públicos con énfasis en la zona rural.
- Mala calidad de la vivienda
- Presencia de comunidades en zonas de alto riesgo; desconocimiento de las normas sanitarias por parte de los prestadores de servicios de salud, de los comercializadores y expendedores de alimentos, medicamentos y afines
- Insuficiente desarrollo gerencial de las Direccion Local de Salud.

SOLUCIONES

- Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud infantil Y Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para



PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE APIA RISARALDA 2008-2011



mejora las competencias de los individuos las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI)

- Mejorar el acceso y calidad en la prestación de servicios de prevención y control de los riesgo y atención de las enfermedades que afectan la salud de los niños y las niñas, enfermedades transmisibles, crónicas no transmisibles, SSR, Salud mental.
- Fortalecimiento de la gestión en los procesos de asesoría vigilancia y control en pro de la idoneidad de los servicios de atención en salud sexual y reproductiva (Gestantes, Ca de Cervix y mama, ITS, VIH-SIDA, Planificación).
- Implementar el modelo de servicios amigables para la atención de las y los adolescentes.
- Fortalecimiento de la gestión en los procesos de asesoría vigilancia y control en pro de la idoneidad de los servicios de prevención y atención en enfermedades transmisibles (TB, LEPRO)
- hacer seguimiento y evaluación del acceso oportuno a al diagnostico, tratamiento y control de las enfermedades transmisibles
- Fortalecer las alianzas estratégicas entre las EPS y la ESE para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud prevención especifica detección temprana y atención integral de las enfermedades transmisibles
- Plan de salud mental formulado con estrategias que garantizan el desarrollo de las acciones de promoción, prevención especifica, detección temprana y atención integral de las enfermedades mentales.
- Fortalecimiento y apoyo al aconisaria de familia para canalizar el total casos de maltrato y violencia intrafamiliar denunciados.
- Fortalecer y apoyo a los mecanismos de capacitación del talento humano para motivar y mejorar la prevención y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Implementacion del plan departamental del agua y de su modelo de vigilancia de la calidad a nivel municipal.
- Capacitacion y concientizacion en la población apiana para el buen manejo de los residuos sólidos.
- Fortalecer el soporte técnico que facilite el desarrollo del sistema de información



**PLAN TERRITORIAL DE SALUD
DE APIA RISARALDA
2008-2011**

