



**“OPORTUNIDADES PARA
TODOS”**

**PLAN DE SALUD
TERRITORIAL DEL
MUNICIPIO DE LA JAGUA
DE IBIRICO
2012 – 2015/2021**

LA JAGUA DE IBIRICO, ABRIL DE 2012.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2012 - 2015

“OPORTUNIDAD DE VIDA PARA UN PUEBLO”

**DIDIER LOBO CHINCHILLA
ALCALDE**

**CENITH ECHAVEZ
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**

LA JAGUA DE IBIRICO, ABRIL DE 2012



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



PLAN DE SALUD TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO 2012 - 2015

ACTORES SOCIALES E INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA FORMULACION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

ALCALDE MUNICIPAL
DIDIER LOBO CHINCHILLA

SECRETARIOS DE DESPACHO

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| LUIS ALFONSO MONTAÑO | Secretaria de Gobierno |
| CENITH ECHAVEZ | Secretaria de Salud |
| OVELIO JIMENEZ | Secretaria de Planeación Municipal |
| RAUL ROMERO | Secretaria de Hacienda |
| DANIEL ARGOTE | Secretaria de Educación |

JEFES DE DESPACHO

| | |
|-----------------------|------------------------|
| LUIS EDUARDO AVENDAÑO | Oficina Jurídica |
| LUIS CARLOS DAZA VEGA | Control interno |
| ELVIRA SANCHEZ | Comisaria de Familia |
| RODRIGO SOTO | Coordinador de Cultura |
| DIANIS GUETE | Presupuesto |
| JEFERSON MALDONADO | Talento Humano |
| ARMANDO ELIAS MACHADO | Tesorería Municipal |
| JAYDI LUZ VIERA | Primera Gestora Social |



CONCEJO MUNICIPAL

JOSE MANUEL ORTEGA MORENO
Presidente

CELIS GREGORIA AGUILA BRAVO
Primera Vicepresidente

JORGE LUIS PARODY HERNANDEZ
Segundo Vicepresidente

ABELAUDY RAFAEL ORTIZ PALLARES

SANDRA MILENA BARRETO DITA

MIGUEL ANGEL MORENO URIBE

ELIAS QUNTERO BECERA

CARLOS ALBERTO QUIROZ MARTINEZ

OSCAR EDUARD RANGEL RESTREPO

NEHEMIAS QUINTERO BECERRA

OSWALDO FRAGOZO QUIROZ

REINALDO PERALTA RESTREPO

OMAR GRACIA OSPINO



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



CONCEJO TERRITORIAL DE PLANEACION 2012-2015

| | |
|---|--|
| JOSE ALEJANDRO MORENO BELEÑO INDUSTRIA | PEDRO ANTONIO BONET CAFETERO |
| CARLOS ARTURO RETREPO SIERRA COMERCIO | MABIS FERNANDEZ TORRES SALUD |
| HRANDO BELEÑO CONTERAS COMUNAL | LUIS RAFAEL PARODY PONTON EX ALUMNOS |
| MARELVIS ARANGO MUJERES | CESAR AGUILAR CENTENO AGROPECUARIO |
| HERMES TORRES COOPERATIVA- ASOCIACIONES | YUCDARLY POSADA EDUCACION |
| OSCAR BENAVIDES IGLESIA | GERMAN ALBOR MONTERO MINERO |
| ADANIES QUINTERO ECO. AMBIENTAL | TOMAS RIOS BAQUERO JOVENES |
| MARCELLYS PEÑA OROZCO COMUNITARIO | ANA SILENA GOMEZ OÑATE NEGRITUDES |
| JOSE ZENEN RAMOS MEJIA DISCAPACITADOS | LEONEL GENES DEPORTE |
| PABLO VENECIA PROFESIONALES | JAIME GIRALDO DUQUE DESPLAZADOS |
| | BANGELIO ORTIZ CULTURA |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



CONSEJO TERRITORIAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

| | |
|--------------------------------|---|
| DIDIER LOBO CHINCILLA | ALCALDE |
| CENITH M ECHAVEZ OSPINO | SECRETARIA DE SALUD |
| RAUL ROMERO | SECRETARIO DE HACIENDA |
| EFRAIN CABELLO | REPRESENTANTE DE LA ESE |
| CARLOS GUILLERMO CASTRO | REPRESENTANTE DE LAS PEQUEÑAS EMPRESAS |
| | REPRESENTANTE DE PENSIONADO |
| YANITH SANJUAN | REPRESENTANTE DE GSS |
| DELIS NUÑEZ | REPRESENTANTES DE LAS IPS |
| EMELINA BARRIGA | REPRESENTANTES DE LA SALUD |
| AREANNE DIAZ CHOLE | REPRESENTANTES DELEGADA DE LA ASOCIACION DE USUARIOS |
| | REPRESENTANTE TRABAJADORES ACTIVOS |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



EQUIPO TECNICO CONFORMADO PARA LA ELABORACION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| CENITH M ECHAVEZ OSPINO | SECRETARIA DE SALUD |
| OVELIO JIMENEZ | SECRETARIO DE PLANEACION |
| JAYDI LUZ VIERA | PRIMERA GESTORA SOCIAL |
| MARIA JOSE HINOJOSA | ASESORA |
| EQUIPO DE APOYO | |
| NORMANDO SUAREZ | MAGISTER EN SALUD PUBLICA |
| KAREN OÑATE | ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA |
| YECENIA LIÑAN | ENFERMERA |



CONTENIDO

INTRODUCCION

CAPITULO 1. MARCO NORMATIVO

1. MARCO DE REFERENCIA DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL DE LA JAGUA DE IBIRICO – CESAR 2012–2015/2021

1.1. MARCO NORMATIVO

1.1.1. Marco Normativo Nacional

1.1.2. Tratados Internacionales

1.1.2.1. Declaración de Alma Ata

1.1.2.2. Declaración 2000, Objetivos del Milenio

1.1.2.3. Agenda de salud para las Américas ciudad de Panamá. Junio 3 de 2007

1.1.3. Marco Normativo Nacional

1.1.4. Marco Normativo Territorial

1.2. ALCANCE

1.3. PROPÓSITO.

1.4. PRINCIPIOS Y ENFOQUES

1.4.1. Principios.

1.4.1.1. Universalidad

1.4.1.2. Participación Social.

1.4.1.3. Garantía de Derechos.

1.4.1.4. Equidad

1.4.1.5. Calidad

1.4.1.6. Eficiencia...

1.4.1.7. Intersectorialidad

1.4.1.8. Responsabilidad

1.4.1.9. Respeto por la Diversidad Cultural y Étnica

1.4.2. Enfoques...

1.4.2.1. Enfoque de Derechos

1.4.2.2. Enfoque Diferencial

1.4.2.3. Enfoque de Ciclo de Vida

1.4.2.4. Enfoque de Genero.

1.4.2.5. Enfoque Étnico.

1.4.2.6. Otros Enfoques en lo Diferencial.

1.4.2.7. Enfoque de Determinantes Sociales de Salud

1.4.2.8. Enfoque Poblacional...

1.4.2.9. Enfoque de Gestión del Riesgo.....

1.4.2.9.1. Riesgo



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- 1.4.2.9.2. Definición de Factores de Riesgo
- 1.4.2.9.3. Definición de los Factores Protectores
- 1.4.2.9.4. Ventajas de la Aplicación del Enfoque de Riesgos al cuidado de la Salud
- 1.5. LINEAS DE POLITICAS NACIONALES**
- 1.5.1. Líneas de Política N° 1. Promoción de la Salud y Calidad de Vida
- 1.5.1.1. Estrategias a Cargo de la Entidades Territoriale.
- 1.5.2. Líneas de Política N° 2. Prevención del Riesgo.
- 1.5.2.1. Estrategias a Cargo de la Entidades Territoriales
- 1.5.3. Líneas de Política N° 3. Recuperación y Superación de los Daños Causados.
- 1.5.3.1. Estrategias a Cargo de la Entidades Territoriales.
- 1.5.4. Líneas de Política N° 4. Vigilancia en Salud Pública y Gestión del Conocimiento
- 1.5.4.1. Vigilancia en Salud Publica
- 1.5.4.2. Vigilancia en Salud en el Entorno Laboral.
- 1.5.4.3. Vigilancia Sanitarios
- 1.5.4.4. Inspección, Vigilancia y Control de la Gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.
- 1.5.4.5. Estrategias de la Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento a Cargo de las Entidades Territoriales
- 1.5.5. Líneas de Política N° 5. Gestión Integral para el Desarrollo Operativo y Funcional del PNSP.....
- 1.5.5.1. Estrategia para Gestión Integral para el Desarrollo Operativo y Funcional del PNSP
- 1.5.5.1.1. A Cargo de la Nación y Entidad Territorial
- 1.6. Prioridades, Objetivos y Metas Nacionales**
- 1.7. Requisitos Legales**

CAPITULO II: DIAGNOSTICO ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA JAGUA DE IBIRICO

2. CARACTERIZACION TERRITORIAL DE LA JAGUA DE IBIRICO

2.1. ASPECTOS GENERALES

- 2.1.1. Identificación de Municipio.
- 2.1.2. Símbolos
- 2.1.3. Reseña Histórica
- 2.1.4. Ubicación Geográfica
- 2.1.5. Topografía
- 2.1.6. División Político Administrativa
- 2.1.6.1. Zona Rural



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- 2.1.6.2. Vías de Comunicación
- 2.1.6.3. Barrios.
- 2.1.6.4. Organización Social
- 2.2. CARACTERIZACION DEMOGRAFICA**
- 2.3. CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA**
- 2.3.1. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)
- 2.3.1.1. Definición de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)
- 2.3.2. ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA**
- 2.3.2.1. Clasificación de Los Estratos
- 2.3.2.2. Criterios para Estratificar.
- 2.3.3. Población por Clasificación de SISBEN
- 2.3.4. Población Desplazada.
- 2.3.5. Indicadores Educativos.
- 2.3.6. Principales Actividades Económicas
- 2.3.6.1. Actividad Agropecuaria.
- 2.3.6.2. Actividad Minera.
- 2.3.6.3. Presentación Turística
- 2.3.7. Infraestructura Eléctrica.
- 2.3.8. Mercado Público.
- 2.3.9. Matadero Municipal.
- 2.3.9.1. Instalaciones Físicas y Sanitarias
- 2.3.9.2. Salas
- 2.3.9.3. Equipos y Utensilios
- 2.3.9.4. Personal Manipulador
- 2.3.9.5. Inspección Sanitaria
- 2.3.9.6. Condiciones de Saneamiento
- 2.3.9.7. Manejo y Disposición de Residuos Sólidos
- 2.3.9.8. Manejo de Residuos Líquidos
- 2.3.9.9. Limpieza y Desinfección
- 2.3.10. Accesibilidad Vial y De Comunicaciones
- 2.3.10.1. Transporte.
- 2.3.11. Organismos de Salud Públicos y Privados.
- 2.3.12. Aseguramiento.
- 2.4. Salud Infantil**
- 2.4.1. Mortalidad Infantil
- 2.4.2. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- 2.4.3. Sífilis Congénita.
- 2.4.4. VIH
- 2.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- 2.5.1 VIH/SIDA.
- 2.5.2. Sífilis Congenita
- 2.5.3. Sífilis Gestacional.
- 2.5.4. Mortalidad Materna
 - 2.5.4.1. La Mortalidad Materna y La Atención Prenatal.
 - 2.5.4.2. La Mortalidad Materna y El Análisis de Las 4 Demoras.
 - 2.5.4.3. Recomendaciones
- 2.6. **SALUD ORAL.**
 - 2.6.1. Sellantes y Flúor.
- 2.7. **ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LA ZONOSIS**
 - 2.7.1. Dengue.
 - 2.7.1.1. Dengue Grave
 - 2.7.2. Malaria
 - 2.7.3. Leishmaniasis
 - 2.7.4. Enfermedad de Chagas.
 - 2.7.6. Fiebre Amarilla.
 - 2.7.7 Leptospirosis.
 - 2.7.8. Eventos de Notificación Especial.
 - 2.7.8.1. Accidentes Ofídicos
- 2.8. **ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES**
 - 2.8.1. Enfermedad Renal Crónica.
 - 2.8.2. Diabetes Mellitus
 - 2.8.3. Hipertensión Arterial
 - 2.8.4. Discapacidad
 - 2.8.4.1. Discapacidad Visual.
 - 2.8.4.2. Discapacidad Auditiva.
 - 2.8.4.3. Discapacidad para Hablar
 - 2.8.4.4. Discapacidad para Movimiento
 - 2.8.4.5. Discapacidad Manos y Brazos
 - 2.8.4.6. Discapacidad para Entender y Aprender
 - 2.8.4.7. Discapacidad Mental o Emocional
 - 2.8.4.8. Otra Discapacidad
- 2.9. **SALUD NUTRICIONAL**
 - 2.9.1. Bajo Peso al Nacer
- 2.10. **SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE**
 - 2.10.1. Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano.
 - 2.10.2. Servicio de Acueducto
 - 2.10.3. Servicio de Alcantarillado.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- 2.10.2.4. Servicio De Aseo
- 2.11. **SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL**
- 2.12. **ANÁLISIS DE MORTALIDAD**
- 2.13. **ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD**
 - 2.13.1. Diagnostico de Eje de Salud Pública
 - 2.13.2. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónica No Transmisibles.
 - 2.13.3. Factores De Riesgos Psicosociales.
 - 2.13.4. Análisis de Morbilidad.
 - 2.13.4.1. Morbilidad General por Consulta Externa.
- 2.14. **RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD.**
 - 2.14.1. Diagnostico Eje Prestación de Servicios.
 - 2.14.2. Aspecto Organizacional ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres
 - 2.14.2.1. Talento Humano de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres
 - 2.14.2.2. Administrativo.
 - 2.14.2.3. Operativo
 - 2.14.2.4. Coordinadores
 - 2.14.3. Servicios Prestados por Procedimientos en La ESE.
 - 2.14.3.1. Consulta Externa
 - 2.14.3.1.1. Medicina General
 - 2.14.3.1.2. Odontología General
 - 2.14.3.1.3. Estructura Orgánica de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres
 - 2.14.3.2. Estructura Orgánica de la Dirección Territorial de Salud Municipal

CAPITULO III: PARTE ESTRATEGICA DEL PLAN

3. PARTE ESTRATEGICA DEL PLAN

- 3.1. VISION
- 3.2. MISION
- 3.3. PROPOSITO
- 3.4. PRIORIDADES
- 3.5. OBJETIVOS GENERALES
- 3.6. OBJETIVOS ESPECIFICOS PRIORIZADOS POR EJES Y AREAS SUBPROGRAMATICA
 - 3.6.1. Aseguramiento.
 - 3.6.2. Prestación de servicios
 - 3.6.3. Salud Pública.
 - 3.6.4. Promoción Social
 - 3.6.5. Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.
 - 3.6.6. Emergencias y Desastres



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



3.7. Metas

3.8. Ejes Programáticos.

3.9. Armonización

3.9.1. Armonización de Los Instrumentos de Planeación Sectorial

3.10. Responsables

CAPITULO IV. DIAGNOSTICO FINANCIERO

4. DIAGNOSTICO FINANCIERO MUNICIPAL.

4.1. Análisis Estructural Histórico de Ingresos y de Gastos para el Municipio.

4.2. Análisis Coyuntural de ingresos

4.3. Análisis de la Gestión Financiera.

4.4. Fuentes de Financiación

4.5. Sistema General de Participación

CAPITULO V: MONITOREO, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN, CONTROL Y RENDICION DE CUENTAS

5.1 Marco Normativo

5.2. Espacios e Instrumentos de IVC

5.3. Metas e Indicadores de Gestión del MPS 2012 – 2015/2021

5.3.1. POA.

5.3.2. Relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

5.4. Guía para La Evaluación de La Formulación del Plan Municipal de La Jagua De Ibirico 2012-2015/2021.

5.5. Valores Agregados y Formulación Plan de Mejoramiento

5.5.1 Formulación Plan De Mejoramiento

ANEXOS



LISTADO DE GRAFICOS

- Grafico. 1.** Pirámide de la Jerarquía Normativa Colombiana.....
- Grafico 2.** Normatividad Internacional.....
- Grafico 3.** Normatividad Referente a Planeación y Aseguramiento en Salud.....
- Grafico 4.** Mapa Conceptual de las Normas Referentes a Planeación.....
- Grafico 5.** Mapa Conceptual de Aseguramiento.....
- Grafico 6.** Mapa Conceptual de Financiación.....
- Grafico 7.** Normatividad Referente a la Ola Invernal.....
- Grafica 8.** Enfoque de Gestión Social del Riesgo.....
- Grafica 9.** Riesgo.....
- Grafico 10.** Factores Protectores.....
- Grafico 11.** Componentes de la Medición del Desempeño Municipal.....
- Grafico 12.** Mapa de Colombia-Ubicación del Departamento del Cesar y El Municipio de La Jagua de Ibirico en el Departamento
- Grafico 13.** Mapa Político Administrativo del Departamento Del Cesar
- Grafico 14.** Distribución Porcentual del Área de Residencia de la Población del municipio de la Jagua de Ibirico, 2011.
- Grafico 15.** Distribución Porcentual por Sexo de la Población del municipio de la Jagua de Ibirico, 2011.
- Grafico 16.** Comportamiento Histórico de la población. Municipio La Jagua de Ibirico Años 2005 – 2011.
- Grafico 17.** Pirámide Poblacional. Municipio de la Jagua de Ibirico, 2011.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 18. Tendencias De La Tasa Bruta De Natalidad Por 1000 Habitantes Según Certificado De Nacidos Vivos, La Jagua De Ibirico 2006-2011.

Grafico 19. Tendencia de La Tasa de Natalidad por 1000 Adolescentes (Femeninas De 10 - 19 Años) según certificados de Nacidos Vivos, La Jagua De Ibirico 2006 – 2011.

Grafico 20. Distribución de La Población que Habita La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Lugar de Nacimiento, según Censo Poblacional DANE 2005

Grafico 21. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Por cabecera y Resto, la Jagua de Ibirico.

Grafico 22. Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas Municipio de La Jagua De Ibirico – Cesar

Grafico 23. Riesgos Biológicos, EDA, IRA, Dengue, Municipio de La Jagua de Ibirico – Cesar

Grafico 24 Factores de Riesgo Biológico Municipio de La Jagua de Ibirico – Cesar

Grafico 25. Factores de Riesgo Ambiental, Municipio La Jagua de Ibirico – Cesar

Grafico 26. Distribucion de la Poblacion del municipio de La Jagua de Ibirico por Estrato Socioeconomico.

Grafico N° 27. Estratificación Urbano, La Jagua de Ibirico- Cesar, 2011

Grafico 28. Distribución de La Población por Clasificación de SISBEN, Municipio La Jagua De Ibirico.

Grafico 29. Distribución de Tipos de Vivienda en La Jagua de Ibirico, Según Censo DANE 2005

Grafico 30. Distribución de Servicios Públicos con que cuentan Las Viviendas en el Municipio de La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 31. Distribución del Promedio de Personas por Hogar en el Municipio De La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005

Grafico 32. Distribución Porcentual de Hogares según Números de Personas en el Municipio de La Jagua de Ibirico, Según Censo DANE 2005

Grafico 33. Distribución Porcentual del Número de Hogares con Actividad Económica, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005

Grafico 34. Distribución Porcentual Personas que Viven en el Exterior, La Jagua De Ibirico, según Censo DANE 2005

Grafico 35. Tasa de Analfabetismo, Población de 5 Años y mas y 15 Años y mas, Cabecera y Resto según Censo DANE 2005

Grafico 36. Distribución Porcentual de La Asistencia Escolar de Acuerdo A Grupos de Edad, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005

Grafico 37. Distribución Porcentual del Nivel Educativo Alcanzado en La Población de La Jagua De Ibirico, Según Censo DANE 2005

Grafico 38. Distribución de Establecimientos de Acuerdo a Actividad Económica, La Jagua De Ibirico, Según Censo DANE 2005

Grafico 39. Distribución de Establecimientos de Acuerdo a Número de Personas Ocupadas el Mes Anterior al Censo, La Jagua de Ibirico, Según Censo DANE 2005

Grafico 40. Distribución de Establecimientos de Acuerdo a Escala de Personal por Actividad Económica, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005

Grafica 41. Distribución de Unidades Censales Rurales con Actividad Agropecuaria, La Jagua De Ibirico, según Censo DANE 2005

Grafico 42. Distribución de Unidades Censales Rurales de Acuerdo a Actividad Agropecuaria, La Jagua De Ibirico, según Censo DANE 2005

Grafico 43. Distribución de Unidades Censales Rurales de Acuerdo a Tipo de Transitoriedad en Los Cultivos, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005



Grafico 44. Servicios Públicos La Jagua De Ibirico - Cesar

Grafico 45. Infraestructura de Servicios La Jagua de Ibirico – Cesar

Grafico 46. Tendencia de Prevalencia VIH/SIDA, La Jagua De Ibirico, Años 2006-2011

Grafico 47. Número de Casos de Sífilis Gestacional según Municipios de Procedencia, Cesar 2011

Grafico 48. Tendencia de La Mortalidad Perinatal, La Jagua de Ibirico, Años 2006-2011

Grafico 49. Sellantes y Flúor por Grupos de Edades.

Grafica 50. Estratificación de Incidencia y Letalidad por Dengue, Colombia 2011

Grafica 51. Tendencia del Dengue según Incidencia, La Jagua De Ibirico Años 1999-2011

Grafica 52. Tendencia del Dengue por Periodos Epidemiológicos, La Jagua De Ibirico Años 2011

Grafico 53. Dengue Departamento del Cesar. Años 1999-2011.

Grafico 54. Dengue por Municipios, Departamento del Cesar, Año 2011.

Grafico 55. Mapa de Riesgo para Dengue Departamento Cesar de Acuerdo a Incidencia Por 100.000 Habitantes Año 2010

Grafico 56. Dengue Grave. La Jagua De Ibirico Años 2002 – 2011.

Grafico 57. Dengue Grave por Municipios, Departamento del Cesar, Año 2011.

Grafico 58. Mapa de Riesgo para Dengue Grave según Incidencias por 100.000 Habitantes, Cesar 2011

Grafico 59. Malaria por p. Vivax Autoctonas Departamento del Cesar, Años 1999-2011.



Grafico 60. Malaria Importada Departamento del Cesar, Años 199 – 2011.

Grafico 61. Mapa de Riesgo para Leishmaniasis Cutánea Departamento del Cesar de Acuerdo a Incidencia por 100.000 Habitantes, Año 2010

Grafico 62. Enfermedad de Chagas Departamento del Cesar Años 1999-2011.

Grafica 63. Mapa de Riesgo para Enfermedad de Chagas Departamento del Cesar de Acuerdo a incidencia por 100.000 habitantes, año 2010.

Grafica 64. Encefalitis Equina Venezolana. Departamento del Cesar 199 – 2010.

Grafica 65. Fiebre Amarilla. Departamento del Cesar. 1999 – 2010.

Grafica 66. Proporción de Discapacitados Según Sexo, Municipio La Jagua de Ibirico 2010

Grafica 67. Fracción de Discapacidad Visual, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Grafico 68. Fracción Población con Discapacidad Auditiva. , Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Grafico 69. Fracción de Población con Discapacidad Para Hablar, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010.

Grafico 70. Fracción de Población con Discapacidad para el Movimiento, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Grafico 71. Fracción de Población con Discapacidad Brazos y Manos, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Grafico 72. Fracción de Población con Discapacidad para Entender y Aprender, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Grafico 73. Fracción de Población con Discapacidad Mental o Emocional, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 74. Fracción de Población con Discapacidad Mental o Emocional, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Grafico 75. Fracción de Población con Discapacidad, según Limitación. Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Grafico 76. Tendencia del Índice de Riesgo para el Consumo del Agua (Irca), La Jagua de Ibirico, Años 2004-2010.

Grafica 77. Organigrama ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

Grafico 78. Porcentajes De Ingresos Corrientes Destinados A Funcionamiento, Del Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico No 79. Magnitud De La Deuda, Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico 80. Porcentajes De Ingresos Que Corresponde A Transferencia, Municipio La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico No 81. Porcentajes De Ingresos Que Corresponden A Recursos Propios, Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico No 82. Porcentaje Del Gasto Total Destinado A Inversión

Grafico No 83. Capacidad De Ahorro, La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico No 84. Indicador De Desempeño Fiscal, La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico No 85. Posición A Nivel Nacional, La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico No 86. Posición A Nivel Departamental, Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar

Grafico 87. Organigrama Secretaria de Hacienda

Grafico 88. Consolidado por Año.

Grafico 89. Consolidado por Área

Grafico 90. Régimen Subsidiado.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 91. Prestación de Servicios.

Grafico 92. Salud Pública

Grafico 93. Salud por E.T.

Grafica 94. Alimentación Escolar

Grafica 95. Primaria Infancia.

Grafica 96. Agua Potable

Grafica 97. Educación

Grafico 98. Deporte.

Grafico 99. Cultura

Grafico 100. Libre Inversión

Grafico 101. Libre Destinación



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



LISTADO DE TABLAS

- Tabla 1.** Normograma Internacional.....
- Tabla 2.** Ejes Programáticos PST.....
- Tabla 3.** Prioridades Y Metas Nacionales De Salud En El Plan Territorial 2008 - 2011.....
- Tabla 4.** Objetivos Y Metas.....
- Tabla 5.** Evolución y proyección lineal del indicador de requisitos legales del municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar).....
- Tabla 6.** Límites Municipales.....
- Tabla 7.** Comportamiento Histórico de la población. Municipio La Jagua de Ibirico Años 2005 – 2011.
- Tabla N° 8.** Distribución De La Población Según Grupos De Edad Y Sexo, Municipio De La Jagua De Ibirico, 2011
- Tabla 10.** Características de los Nacidos Vivos en El Municipio De La Jagua De Ibirico, 2009 – 2011
- Tabla 11.** Tasas Globales de Fecundidad y Edad Media de La Fecundidad Cesar-Colombia 2010- 2015.
- Tabla 12.** Distribucion de Embarazos en Adolescentes de Acuerdo a Tasas Brutas de Natalidad por 1000 Habitantes, Tasas Brutas de Natalidad por 1000 Mujeres en Edad Fertil y Tasas Brutas por 1000 Adolescentes Femeninas, La Jagua De Ibirico, Años 2006-2011
- Tabla 13.** Dinámica de la Población, La Jagua de Ibirico-Cesar, Años 2010 - 2011
- Tabla 14.** Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por Total, Cabecera y Resto, según Municipios Departamento del Cesar
- Tabla 15.** Distribución Porcentual de La Población por Estrato Socioeconómico, según Sexo, Municipio La Jagua De Ibirico



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 16. Distribución Porcentual de La Población por Clasificación SISBEN, según Sexo, Municipio La Jagua De Ibirico.

Tabla 17. Número de Hogares y Personas Desplazadas según Municipio Expulsor, Cesar Años 2000 – 2011

Tabla 18. Número de Personas Desplazadas según Municipio Receptor Cesar Años 2000 – 2011

Tabla 19. Distribución de Instituciones Educativas y Recurso Humano, Municipio La Jagua De Ibirico 2011

Tabla 20. Consolidado General de La Población Matriculada en el Municipio de La Jagua De Ibirico 2011.

Tabla 21. Población Matriculada, Sector Oficial, Municipio La Jagua de Ibirico 2011.

Tabla 22. Población Matriculada, Sector Privado, Municipio La Jagua de Ibirico 2011

Tabla 23. Población Matriculada, Contratada con La Curia, Municipio La Jagua De Ibirico 2011.

Tabla 24. Eficiencia Interna del Municipio La Jagua De Ibirico 2008 – 2010.

Tabla 25. Resultados Pruebas Saber – ICFES Año 2011

Tabla 26. Defunciones en Menores de 1 Año, La Jagua de Ibirico, Años 2000-2010

Tabla 27. Número de Casos de Mortalidad por EDA en Menores de 5 Años, Cesar Años 2008- 2011

Tabla 28. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones contra Polio, Pentavalente y BCG, Departamento del Cesar, Año 2011

Tabla 29. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones contra Fiebre Amarilla, Triple Viral, Fiebre Amarilla, Rotavirus, Neumococo, Departamento del Cesar, Año 2011



Tabla 30. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones contra Influenza 1er y 2do Refuerzo Polio, DPT, Triple Viral, Fiebre Amarilla, Rotavirus, Neumococo, Departamento del Cesar, Año 2011

Tabla 31. Frecuencia de Casos de VIH/SIDA, La Jagua De Ibirico, Años 2003-2011

Tabla 32. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA según Grupo de Edad, La Jagua De Ibirico 2011.

Tabla 33. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA según Sexo, La Jagua De Ibirico 2011

Tabla 34. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA según Grupo Ocupacional, La Jagua De Ibirico 2011.

Tabla 35. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA de Acuerdo al Sitio de Ocurrencia, La Jagua De Ibirico, Año 2011.

Tabla 36. Distribución Porcentual de Casos de VIH/SIDA de Acuerdo al Estadio Clínico, La Jagua De Ibirico 2011.

Tabla 37. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA de Acuerdo a La Necesidad de Hospitalización, La Jagua De Ibirico, Año 2011

Tabla 38. VIH/SIDA de Acuerdo a Unidad Primaria Generadora de Datos que Reporta, La Jagua De Ibirico, Año 2011

Tabla 39. Razón de Prevalencia de VIH/SIDA Departamento del Cesar Año 2011

Tabla 40. Razón de Prevalencia de VIH/SIDA Departamento del Cesar Año 2010

Tabla 41. Tasas de Incidencia de Sífilis Congénita X 1000 Nacidos Vivos, según Municipios, Cesar 2011.

Tabla 42. Tasas de Incidencia de Sífilis Congénita X 1000 Nacidos Vivos, según Municipios, Cesar 2010.

Tabla 43. Incidencia de Sífilis Gestacional por 1.000 Nacidos Vivos, Departamento del Cesar Año 2011



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 44. Incidencia de Sífilis Gestacional por 1.000 Nacidos Vivos, Departamento del Cesar Año 2010.

Tabla 45. Razón de Prevalencia de Hepatitis B por 100.000 Habitantes, Departamento del Cesar, Año 2011

Tabla 46. Razón de Prevalencia de Hepatitis B por 100.000 Habitantes, Departamento del Cesar, Año 2010

Tabla 47. Distribución de Casos de Mortalidad Materna Cesar y La Jagua de Ibirico, Años 2003-2011

Tabla 48. Razón de Mortalidad Materna X 100.000 Nacidos Vivos, Departamento del Cesar, Año 2011

Tabla 49. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Momento de Ocurrencia, Año 2011

Tabla 50. Mortalidad Perinatal La Jagua De Ibirico de Acuerdo al Área de Procedencia, Año 2011.

Tabla 51. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Grado de Escolaridad Materna, Año 2011

Tabla 52. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Régimen de Afiliación al SGSSS, Año 2011

Tabla 53. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Pertenencia Étnica, Año 2011

Tabla 54. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Convivencia Materna en El Momento de Ocurrencia, Año 2011

Tabla 55. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico según el Numero de Gestaciones al Momento de Ocurrencia, Año 2011

Tabla 56. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Edad Gestacional, Año 2011

Tabla 56. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Edad Gestacional, Año 2011.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 57. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Numero de Controles Prenatales Realizados por La Madre, Año 2011.

Tabla 58. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Peso, Año 2011

Tabla 59. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Causa Basica de Muerte, Año 2011

Tabla 60. Mortalidad Perinatal La Jagua De Ibirico Según Unidad Primaria Generadora De Datos Que Reporta, Año 2011

Tabla 61. Mortalidad Perinatal La Jagua De Ibirico De Acuerdo A Si Estaba Hospitalizado En El Momento De Ocurrencia, Año 2011

Tabla 62. ETV Departamento Del Cesar, Años 1999-2011

Tabla 63. Clasificación de Riesgo para Dengue por Municipios según Incidencia por 100,000 Habitantes, Cesar Años 1999-2010

Tabla 64. Comparativo de Dengue por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2010 Y 2011

Tabla 65. Incidencia de Dengue por 100.000 Habitantes Departamento del Cesar. Año 2011

Tabla 66. Clasificación de Riesgo para Dengue Grave por Municipios según Incidencias por 100.000 Habitantes, Cesar Años 1999-2010

Tabla 67. Comparativo Dengue Grave Departamento del Cesar Años 2010-2011.

Tabla 68. Comparativo de Dengue Grave por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2009 y 2010.

Tabla 69. Clasificación de Riesgo para Dengue Grave según Tasa de Incidencia por 100.000 Habitantes, Cesar 2010

Tabla 70. Incidencia Dengue Grave por 100.000 Habitantes Departamento Del Cesar Año 2011.

Tabla 71. Malaria Autóctona por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2006-2011



Tabla 72. Incidencia De Malaria por P. Vivax Por 100.000 Habitantes Departamento del Cesar Año 2010.

Tabla 73. Leishmaniasis Cutánea por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2006-2011

Tabla 74. Leishmaniasis Cutánea por Municipios de Ocurrencia, Departamento del Cesar, Año 2010

Tabla 75. Leishmaniasis Cutánea La Jagua de Ibirico, Años 2006-2011

Tabla 76. Enfermedad de Chagas por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2006-2011

Tabla 77. Enfermedad de Chagas por Municipios, Departamento del Cesar, Año 2010

Tabla 78. Enfermedad de Chagas, La Jagua de Ibirico, Años 2006-2011

Tabla 79. Accidentes Ofídicos Departamento del Cesar, Año 2010

Tabla 80. Incidencia De Accidentes Ofídicos Por 100.000 Habitantes Departamento Del Cesar Año 2010

Tabla 81. Fracción población con Discapacidad Visual.

Tabla 82. Fracción Población con Discapacidad Auditiva.

Tabla 83. Fracción Población con Discapacidad para Hablar.

Tabla 84. Fracción Población con Discapacidad para Movimiento

Tabla 85. Fracción Población con Discapacidad para Manos y brazos

Tabla 86. Fracción Población con Discapacidad para Entender y Aprender.

Tabla 87. Fracción Población con Discapacidad Mental o Emocional.

Tabla 88. Fracción Población con Otra Discapacidad.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 89. Consolidado de Discapacidades en el Municipio de La Jagua de Ibirico 2010.

Tabla 90. Clasificación del Peso al Nacer, Municipio de La Jagua 2011

Tabla 91. Evaluación del Estado Nutricional Junio – Diciembre 2011. La Jagua De Ibirico

Tabla 92. Consulta Médica General Atendidas por el Servicio de Urgencia de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

Tabla 93. Consulta Médica General Atendidas por El Servicio de Consulta Externa de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010.

Tabla 94. Consulta por Accidentes de Tránsito Atendidas en el Servicio de Urgencias de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincon Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

Tabla 95. Consultas Odontológicas de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010.

Tabla 96. Primeras 30 Causas de Morbilidad por Consulta Médica, según Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

Tabla 97. Morbilidad Por Consulta Médica según Causas en Menores de 1 Año de Edad, La Jagua De Ibirico, 2010.

Tabla 98. Morbilidad Por Consulta Médica Según Causas En Menores De 1-4 Años De Edad, La Jagua De Ibirico, 2010.

Tabla 99. Morbilidad Por Consulta Médica Según Causas En Grupo 5-14 Años De Edad, La Jagua De Ibirico, 2010

Tabla 100. Morbilidad por Consulta Médica Según Causas en Grupo 15-44 Años de Edad, La Jagua De Ibirico, 2010

Tabla 101. Morbilidad por Consulta Médica Según Causas en Grupo 45-59 Años de Edad, La Jagua de Ibirico, 2010



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 102. Morbilidad por Consulta Médica Según Causas en Grupo de 60 y Más Años, La Jagua De Ibirico, 2010

Tabla 103. Primeras 20 Causas de Morbilidad por Egreso Hospitalario, Según Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincon Torres, La Jagua de Ibirico, Año 2010

Tabla 104. Morbilidad por Egreso Hospitalario Según Causas en Menores de 1 Año, La Jagua De Ibirico, Año 2010

Tabla 105. Morbilidad por Egreso Hospitalario Según Causas en Menores de 1-4 Años, La Jagua de Ibirico, Año 2010

Tabla 106. Morbilidad por Egreso Hospitalario Según Causas en el Grupo de 5-14 Años, La Jagua De Ibirico, 2010

Tabla 107. Morbilidad Por Egreso Hospitalario Según Causas En El Grupo De 15-44 Años, La Jagua De Ibirico, 2010

Tabla 108. Morbilidad Por Egreso Hospitalario Segun Causas En El Grupo De 45-59 Años, La Jagua De Ibirico, 2010

Tabla N° 109. Prioridades y Metas Según Nación y Municipio, La Jagua De Ibirico, 2012

Tabla 110. Análisis Estructural de Desempeño Fiscal del Municipio de La Jagua 2002-2010

Tabla 111. Fuente De Financiacion General De Participaciones Municipio De La Jagua De Ibirico 2008-2012.

Tabla 112 Plan de Inversiones A Partir Del Poa 2012 (Pesos Corrientes)

Tabla 113. Presupuesto Plurianual De Inversiones Jagua de Ibirico 2012-2015 (Miles de Pesos)

TABLA 114. ANEXO 5 RESOLUCION 0425 DE 2008.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



CUADROS

Cuadro 1. División Político Administrativa del Municipio de la Jagua de Ibirico

Cuadro 2. Organizaciones Sociales del Municipio

Cuadro 3 Instituciones Privadas Prestadoras de Servicios

Cuadro 4. Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Cuadro 5 Entidades Promotoras de Salud Subsidiada

Cuadro 6.Riesgo para Mortalidad por IRA en Menores de 5 Años Cesar 2011

Cuadro 7. Riesgo para Mortalidad Perinatal según Tasas X 1.000 Nacidos Vivos, Cesar Año 2011

Cuadro 8. Factores de Riesgo de La Matriz de Priorización. La Jagua De Ibirico, Cesar. 2011

Cuadro 9. Riesgo para Dengue por Municipios según Incidencia X 100.000 Habitantes, Cesar 2010

Cuadro 10. Riesgo para Enfermedad de Chagas según Incidencias Por 100.000 Habitantes, Cesar 2010

Cuadro 11. Riesgo para Enfermedad de Chagas según Incidencias por 100.000 Habitantes, Cesar 2009

Cuadro 12. Mortalidad por grupos Etéreos en el 2011

Cuadro 13. Veinte causas de Morbilidad General Por Consulta Externa en el Año 2011

Cuadro 14. Quince causas de Morbilidad General Por consulta Externa en niños menores de 1 año en el Año 2011.

Cuadro 15. Quince Primeras causas de Morbilidad en niños de 1 – 4 años de edad, Año 2011.

Cuadro 16. Quince Primeras causas de Morbilidad de 5 – 14 años de edad, Año 2011

Cuadro 17. Quince Primeras causas de Morbilidad de 15 – 44 años de edad, Año 2011



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 18. Quince Primeras causas de Morbilidad de 45 – 64 años de edad, Año 2011

Cuadro 19 Veinte Primeras causas de Morbilidad en > de 65 años de edad, Año 2011

Cuadro 20. Talento Humano Administrativo De La ESE Municipal

Cuadro21. Talento Humano Operativo De La ESE Municipal

Cuadro 22. Talento Humano Coordinadores De La ESE Municipal

Cuadro 23. Ejes Programáticos - Áreas Subprogramaticas



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



INTRODUCCION

En cumplimiento de la Resolución 0425 del Año 2008, la administración Municipal de La Jagua de Ibirico, procedió desde el inicio de su gobierno a darle cumplimiento a la Circular 005 del 26 de Enero 2012 emitida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, elaboro y aprobó el Plan Operativo Anual 2012, simultáneamente inicio la formulación del Plan de Salud Territorial, con el fin de cumplir con las exigencias de la ley, para lo cual tubo presente las recomendaciones del Ministerio en lo concerniente artículo 6 de la Ley 1438 de Enero 19/2011 que dice: “ *El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales*”. El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan. El Ministerio de la Protección Social podrá hacer modificaciones al Plan Decenal de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten”.

Consientes de la imperiosa necesidad de implementar estrategias que garanticen la efectividad de las acciones llevadas a cabo por quienes de una y otra forma influyen en la calidad de vida de la población y que puedan generar cambios en sus indicadores de base, se toma la decisión por parte del municipio de La Jagua de Ibirico a través del señor Alcalde de adoptar la estrategia de VIDA SALUDABLE PARA TODOS, como una política pública, que permitirá que las acciones realizadas por cada uno de los actores que intervienen en los condicionantes de la salud de la población jaguera generen dinámicas que permitan avances en la mejora de los indicadores de calidad de vida de nuestra población, se propicia así un momento histórico donde sus habitantes, sus familias y gobernantes, instituciones, sus organizaciones y el sector productivo tiene la oportunidad de trabajar juntos por un propósito articulador, que permita de una manera coordinada, intersectorial, sostenible e innovadora a través de la participación de



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



la comunidad jaguera definir el derrotero y acciones que nos permitan convertirnos en un municipio saludable.

Teniendo en cuenta las limitaciones que se tuvieron para la consecución de la información. Se Propone el siguiente plan para la vigencia 2012- 2015, con proyección decenal a 2021 teniendo en cuenta la circular 005, la cual contempla políticas públicas de la Ley 1438 del 2011 y normas de vigencias anteriores, para el desarrollo del capítulo dos, se utilizó la guía Metodológica de ASIS, que nos permitió caracterizar, medir y explicar el contexto de Salud – Enfermedad de la población.



CAPITULO I: MARCO NORMATIVO



CAPITULO I: MARCO NORMATIVO

1. MARCO DE REFERENCIA DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL DE LA JAGUA DE IBIRICO (CESAR) 2012-2015/2021¹

1.1 MARCO NORMATIVO²

El Plan de Salud del Municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar) se inicia referenciando un marco normativo el cual ubica la vigencia de las normas legales además de las competencias y jerarquías. Se evalúa los tratados internacionales, la constitución nacional y las disposiciones legales en las cuales encuentran los actos legislativos, leyes, decretos, resoluciones, conceptos jurídicos, circulares, sentencias y jurisprudencias, que delimitan las estrategias de desarrollo de los municipios, departamentos y nación por medio del cumplimiento de las metas acordadas.

Teniendo en cuenta las decisiones y disposiciones del Concejo Municipal de La Jagua de Ibirico (Cesar) y al evaluar los aspectos referentes a Salud y su planeación tanto en la parte técnica, como estratégica, y financiera además de la forma de ejecución evaluación, seguimiento y control.

¹ ARTÍCULO 1o. *OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN*. La presente resolución (425 de 2008) tiene por objeto definir la metodología que deberán cumplir las entidades territoriales 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 de obligatorio cumplimiento a cargo de las entidades territoriales.

² Ibidem ARTÍCULO 2o. *PLAN DE SALUD TERRITORIAL*. El Plan de Salud Territorial es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo –Ley [152](#) de 1994–. Así mismo, se rige por lo establecido en las Leyes [715](#) de 2001, [1122](#) y [1151](#) de 2007 y el Decreto [3039](#) de 2007 y las demás normas que las modifiquen, adicionen y sustituyan.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Se citan algunas normas que son las relevantes para referenciar ya que son básicas en la realización de los planes de ordenamiento territorial, aclarando que se realiza una base de datos en la cual se realiza una revisión exhaustiva de la legislación con la vigencia de las normas siendo lo mas actual la cual se encuentra en el **anexo numero 1 (Base de datos de Legislación)**. La revisión del marco normativo se inicia desde la legislación internacional como reseña de los tratados, convenios y pactos asumidos por nuestros gobernantes que influyen en el desarrollo municipal y en forma directa o indirecta en la realización de los planes de salud.

1.1.1. Marco Normativo Nacional.

El objetivo final del Gobierno y del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 como mapa de ruta, **PROSPERIDAD DE TODOS**, siendo la búsqueda de una sociedad con más seguridad, menos pobreza y más empleo³. Encontramos que la población pobre de Colombia se encuentra en un 46%, con una población con extrema pobreza en un promedio del 16%, con una desigualdad de los ingresos del 0,57 según el coeficiente Gini el cual mide este parámetro⁴, siendo este parámetro uno de los más altos del mundo.

En la búsqueda de disminución de estos niveles de pobreza y por ende de inequidad el gobierno nacional implemento en su plan de desarrollo el funcionamiento adecuado del sistema de protección social en 3 componentes importantes los cuales son: 1) La seguridad social integral -salud, riesgos profesionales y protección a la población cesante, 2) la promoción social y, 3) las políticas y programas de formación del capital humano. Estos 3 componentes buscan coadyuvarse con mecanismos adicionales los cuales puedan buscar mecanismos que puedan ayudar a la población vulnerable con situaciones en crisis, además de facilitar acceder a la población a los activos físicos y financieros.

³ Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Pag 18.

⁴ Ibid



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En este punto citaremos históricamente en manera Jerárquica y en orden cronológico la pirámide de normas por las cuales se rige el Estado Colombiano encabezadas por la Constitución Política que orientan la ordenación y el funcionamiento del Estado Colombiano. Grafico. 1⁵.

Grafico. 1. Pirámide de la Jerarquía Normativa Colombiana.



⁵ Tomado de Elementos Básicos del Estado Colombiano.pag 22.



1.1.2. Tratados Internacionales: El gobierno Nacional, tradicionalmente ha suscrito convenios internacionales en espacios diferentes, que tienen como finalidad permitir el acceso a mercados de otros países. Estos convenios implican el cumplimiento en el contexto nacional de ciertas normas y parámetros, que abarcan en algunos casos los temas de salud, al entender que el tema de sobrepasar comercialmente las fronteras implica el manejo de ciertas patologías de interés mundial.

Realizando el recorrido por los entes internacionales se encuentra en primera instancia a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) siendo la afiliación a dicho Ente es voluntaria por cada Estado y busca la paz entre los Países; La ONU contribuye de forma integral para el desarrollo económico y social de los Estados; esta organización fue creada en 1946 en octubre; La Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual fue consolidada en 1948, siendo su origen en 1851 cuando se realizó la primera asamblea internacional en la cual se empieza a evaluar los problemas de salud pública buscando las metas de control y prevención de salud pública, este es el regente de los países miembros para las políticas y orientaciones estratégicas para mejoría de la salud de sus pueblos.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), tiene sus inicios en la segunda conferencia internacional de los Estados americanos en 1902 posterior se consolida en 1949 cuando realiza un acuerdo con la OMS en el cual se delega las funciones sanitarias en las Américas, siendo la regional de OMS con funciones de promoción, coordinación de los países de la región de las Américas para combatir las Enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de los habitantes.

En este punto se referencia un normograma con los acuerdos, tratados, convenios, declaraciones, resoluciones y agendas que se pactaron mundialmente y que fueron ratificadas por Colombia. Ver Tabla No. 1.



Tabla 1. Normograma Internacional

| | | |
|----------------------|---|--|
| INTERNACIONAL | Convenio OIT – C144/1976 | Normas internacionales del trabajo |
| | Convenio Iberoamericano -1978 | Garantizar la salud de los trabajadores migrantes. |
| | Declaracion de Alma-Ata -1978 | |
| | Convenio OIT- C161/1985 | Sobre los servicios de salud en el trabajo |
| | Resolucion de la Asamblea Mundial de la Salud -1988 | |
| | Convenio OIT – C167/1988 | Sobre seguridad y salud en la construcción |
| | Convenio de Derechos Humanos del Niño – 1989 | |
| | Convenio OIT- C169/1989 | Sobre pueblos indígenas y tribales |
| | Convenio OIT- C174/1993 | Sobre la prevención de accidentes industriales mayores |
| | Declaracion de Yakarta-1997 | Incrementar inversión en salud |
| | Convenio OIT- C182/1999 | Sobre las peores formas de trabajo infantil |
| | Declaracion de los ODM-2000 | |
| | Convenio Marco - 2003 | Control de Tabaco |
| | Declaracion Reglamento Sanitario – 2005 | |
| | Agenda de Salud para las Americas 2008-2017 | |

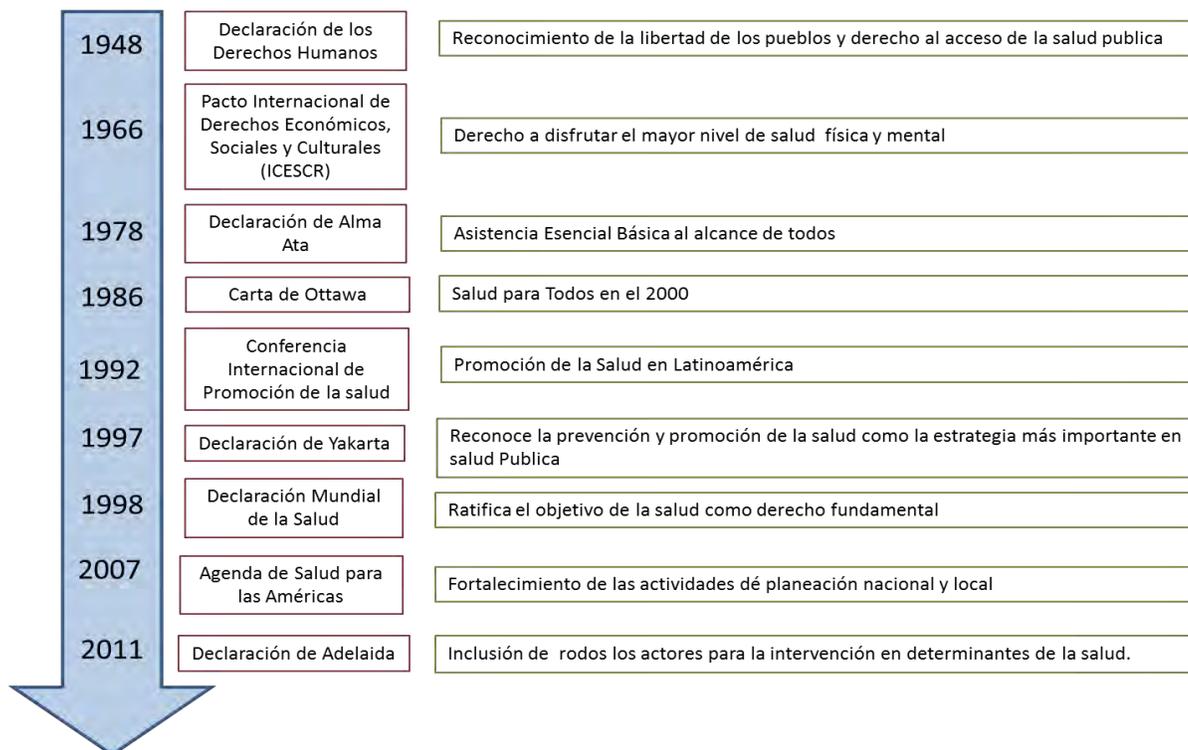
1.1.2.1. Declaración De Alma-Ata (Atención Primaria En Salud) En 1978, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 2. Normatividad Internacional.



1.1.2.2. Declaración 2000, Objetivos Del Milenio.

- Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2. Lograr la Enseñanza primaria Universal.
- Objetivo 3. Promover la Igualdad entre los sexos y la Autonomía de la Mujer.
- Objetivo 4. Reducir la Mortalidad de los niños menores de 5 años.
- Objetivo 5. Mejorar la Salud Materna.
- Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y Otras Enfermedades.
- Objetivo 7. Garantizar la Sostenibilidad del Medio Ambiente.
- Objetivo 8. Fomentar una Asociación Mundial para el desarrollo.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



1.1.2.3. Agenda De Salud Para Las Américas, Ciudad De Panamá Junio 3 De 2007. Se realizó la reunión de los Ministros y Secretarios de Salud de los Países de las Américas donde en común acuerdo realizan una agenda para realizar entre los años de 2008 a 2017, en la cual se identifican unas áreas de acción para mejorar las cuales son: Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional, Abordar los Determinantes en Salud como lo son la Exclusión social, la Exposición a Riesgos, Urbanizaciones no programadas, y el Cambio Climático, además se debe incrementar la Protección Social y los Accesos a los Servicios de salud con Calidad, Disminuir las Desigualdades entre los Países en Salud y las Inequidades al interior de los mismos, Reducir los Riesgos y la Carga de Enfermedad, Fortalecer la Gestión y Desarrollo de los Trabajadores de Salud, Aprovechar los Conocimientos, Ciencia y Tecnología, y por último Fortalecer la Seguridad Sanitaria.

La Agenda orientará la elaboración de los futuros planes nacionales de salud, según sea pertinente, y los planes estratégicos de todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas, incluyendo el de la Oficina Sanitaria Panamericana. La evaluación del progreso de las áreas de acción definidas en esta Agenda se hará a través de la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas. Los planes de Salud y Desarrollo según la exigencia de las autoridades de planeación requieren de un ajuste tanto en los instrumentos del sistema como en las normas legales vigentes, este es el primer paso en el proceso de formulación, adopción, ejecución, y evaluación de los Planes⁶.

⁶ Suarez Normando, Guía Plan de Desarrollo Territorial. 2012



1.1.3. Marco Normativo Nacional.

Toda la normatividad Nacional se basa en el cumplimiento y guía de lo descrito en la Constitución Política Nacional:

Artículo 49: “a atención de salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado”, “garantizar a todas las personas los accesos a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, “toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Artículo 79: En el cual el Estado debe garantizar la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarla.

Artículo 80: “El Estado planificará el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución, previniendo y controlando los factores de deterioro ambiental”.

Artículo 376: “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, de la población son finalidades sociales del Estado”.

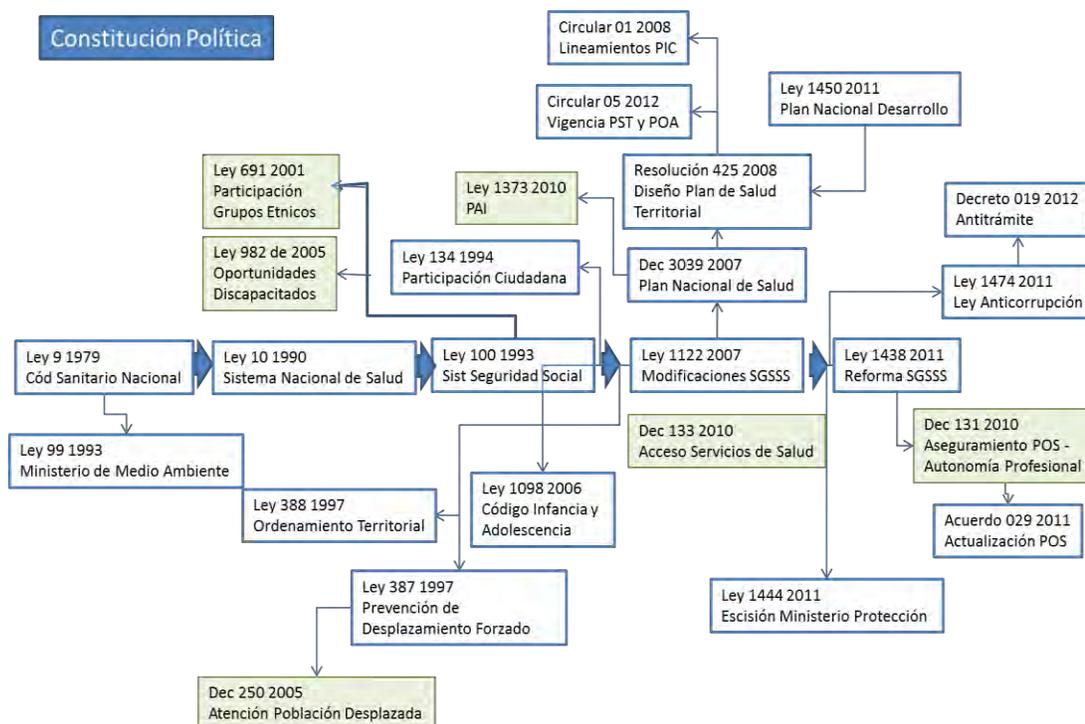
Desarrollando la Constitución Política Nacional se dicta la siguiente normatividad en cuanto a los procesos de planeación y aseguramiento de la población colombiana:



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 3. Normatividad Referente a Planeación y Aseguramiento en Salud.



La relación de normas básicas se realiza de forma retrospectiva (1991-2012), del ordenamiento y desarrollo territorial, las cuales se han fundamentado en los programas de gobierno que luego se transformaron en los planes de desarrollo mediante al voto programático. Los artículos de Constitución Nacional son concordantes con las leyes sectoriales, además la ley orgánica es la que aborda en su estructura los problemas, presentando una propuesta de solución, en comunión con la jurisprudencia relacionada con el sector⁷.

Se realizo en forma estructurada la revisión de la normatividad de forma jerárquica y cronológica, ubicando las normas del sector más relevantes, las cuales clasificaron por temas de acuerdo a su enfoque así: Planeación, Aseguramiento y Financiación. Ver Grafico 4,5 y 6.

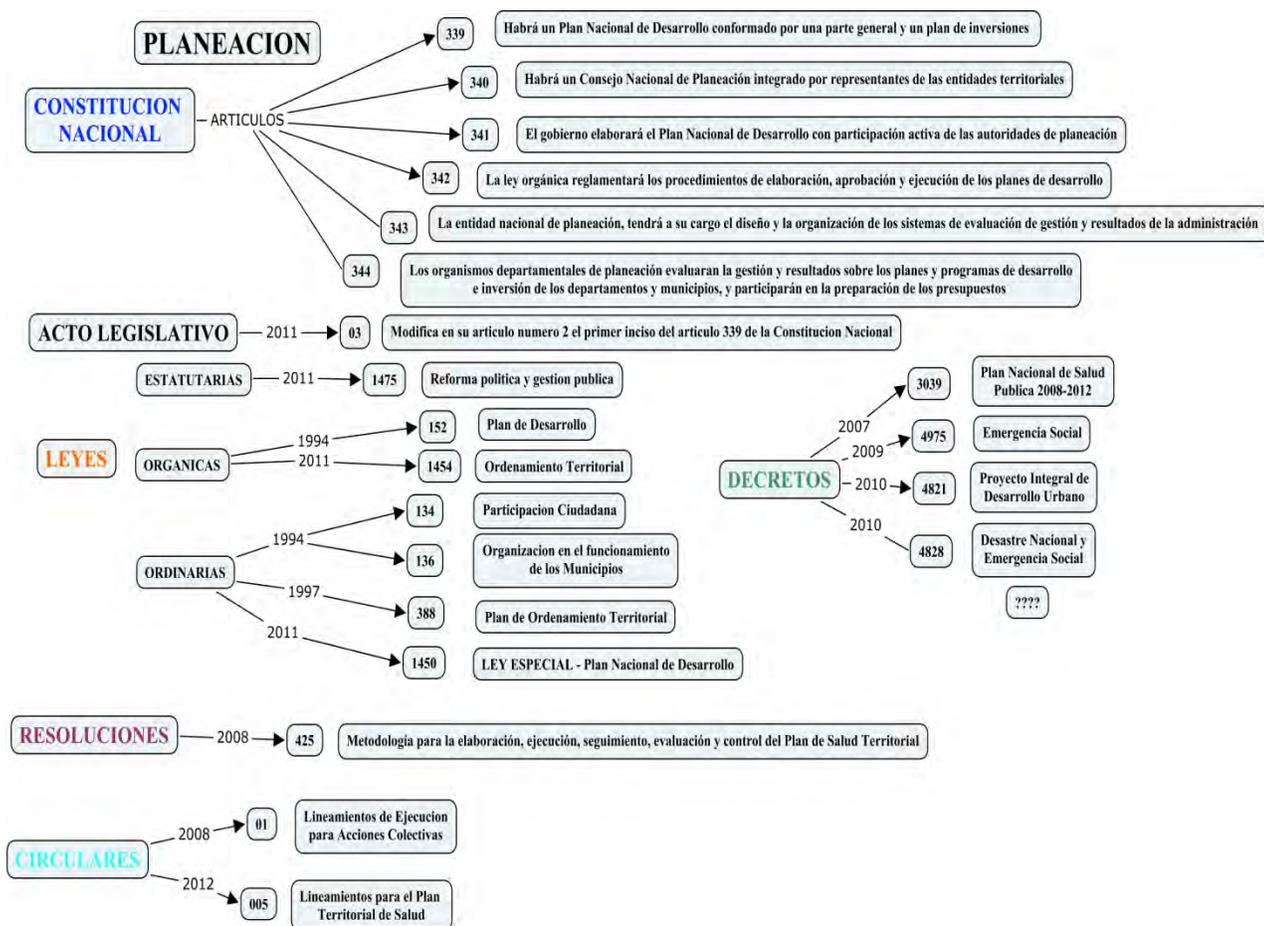
⁷ Ibid., pag 28.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 4. Mapa Conceptual de las Normas referentes a Planeación



Los artículos de la Constitución Nacional específicos para planeación se encuentran desde el 339 al 344 en donde se precisa el propósito y el contenido del Plan de Desarrollo, siendo el 339 específico para el anterior objetivo y éste se encuentra en concordancia con la ley Orgánica 152 de 1994 en los artículos 3 y 4 los cuales se refieren a la actuación de las autoridades nacionales, regionales y territoriales además se explican los 14 principios que la regulan y por último explican el proceso de conformación del Plan Nacional de Desarrollo en la cual se subdividen en 2 partes una general o de competencias y una de inversiones o recursos.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



La concordancia con la ley 388 de 1997 se encuentra a nivel de los artículos 18, 60, 91, 110, 111, y 115, en los cuales se especifican los parámetros de ejecución de los programas, la expropiación como fin en el desarrollo territorial, la política urbana y sus directrices, además del derecho a la vivienda con fortalecimiento en el Viceministerio de vivienda y agua potable.

Se sigue un proceso de concordación con las diferentes leyes en transcurrir del tiempo hasta llegar a la ley 1450 del 2011, que se comporta con ley especial, la cual determina el Plan Nacional de Desarrollo (2011-2014) "Prosperidad Democrática".

Los Decretos relacionados en el grafico numero 2, se encuentra el 3039 del 2007 el cual desarrolla el Plan Nacional de Salud Publica (2008-2012), el cual se encuentra vigente, en el 2008 se produce el decreto 4821 el cual se encarga de reglamentar los proyectos integrales de desarrollo urbano, además se relacionan los decretos 4975 del 09 y 4828 del 10, que son los regulaban la emergencia social e invernial en los pasados años tratando de contener los problemas causados por los riesgos naturales que no fueron previstos por los planes de desarrollo anteriores.

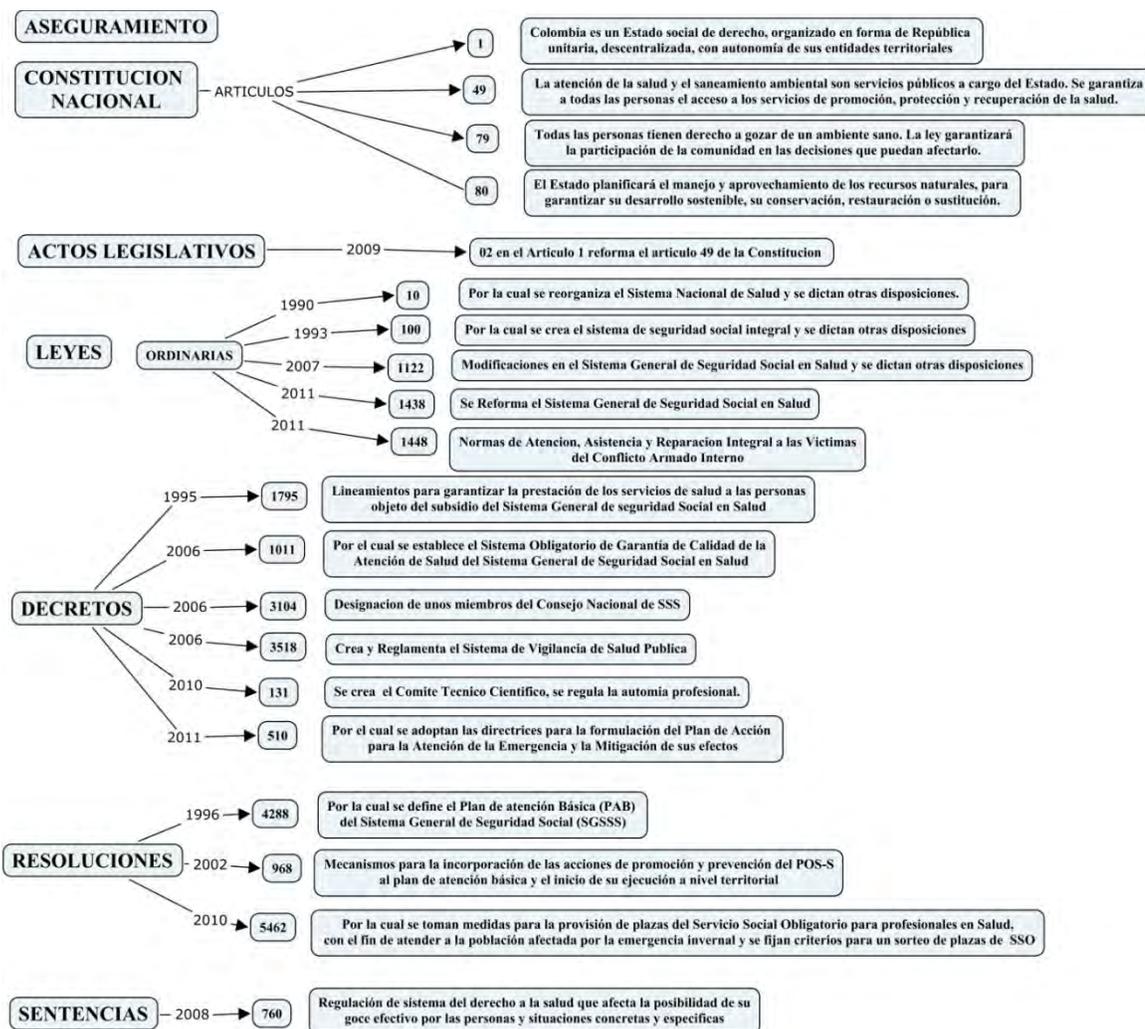
La Resolución 425 del 08 en la cual se imparte la metodología de elaboración, ejecución seguimiento, evaluación y control de los planes de salud territorial, se encuentra vigente al igual que el decreto 3039 hasta que se produzca la resolución y decreto que formalicen el nuevo plan de salud publica el cual será decenal y la resolución que desarrollará la ley 1454 del 2011. Se encuentran 2 circulares las cuales dan lineamientos para la ejecución de las acciones colectivas la cual fue generada como la 01 de 2008, y la circular 005 de 2012 con los lineamientos del plan territorial de salud como proceso de estabilidad nacional y territorial por encontrarse en construcción los planes de desarrollo y salud 2012-2015, pero en espera de la normatividad porque puede extenderse a 2021.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 5. Mapa Conceptual de Aseguramiento



Los artículos de la constitución en Aseguramiento son muchos ya que la salud se interrelaciona con los otros sistemas de la Nación como el medio ambiente, vivienda, agua potable y acueducto, educación, actualmente se referencia los más representativos como es el artículo 1 el cual define a la República de Colombia como un estado de derecho, descentralizado con autonomía de sus entidades territoriales; el artículo 49 el cual fue modificado por el acto legislativo 02 de 2009 en su artículo número 1.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Referenciamos las leyes desde 1990 empezando con la ley 10 en la cual se reorganizo el sistema de seguridad social, posterior se realiza el cambio y generación de la constitución de 1991 donde se dan las pautas de la seguridad social en salud requiriendo la implementación por lo cual se genera la ley 100 de 93, se siguen realizando y generando leyes en busca de mejoría de la prestación en salud, llegando al 2007 con la ley 1122 la cual modifica las normas del régimen de seguridad social con una filosofía justificada en el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, también el fortalecimiento en los programas de Salud Pública y de las funciones de Inspección Vigilancia y Control (IVC), y la organización y funcionalidad de redes para la prestación de servicios de salud, la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y posterior se realiza la ley 1438 del 2011 que tiene como objeto fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se hace alusión a la creación de un Plan Decenal de Salud.

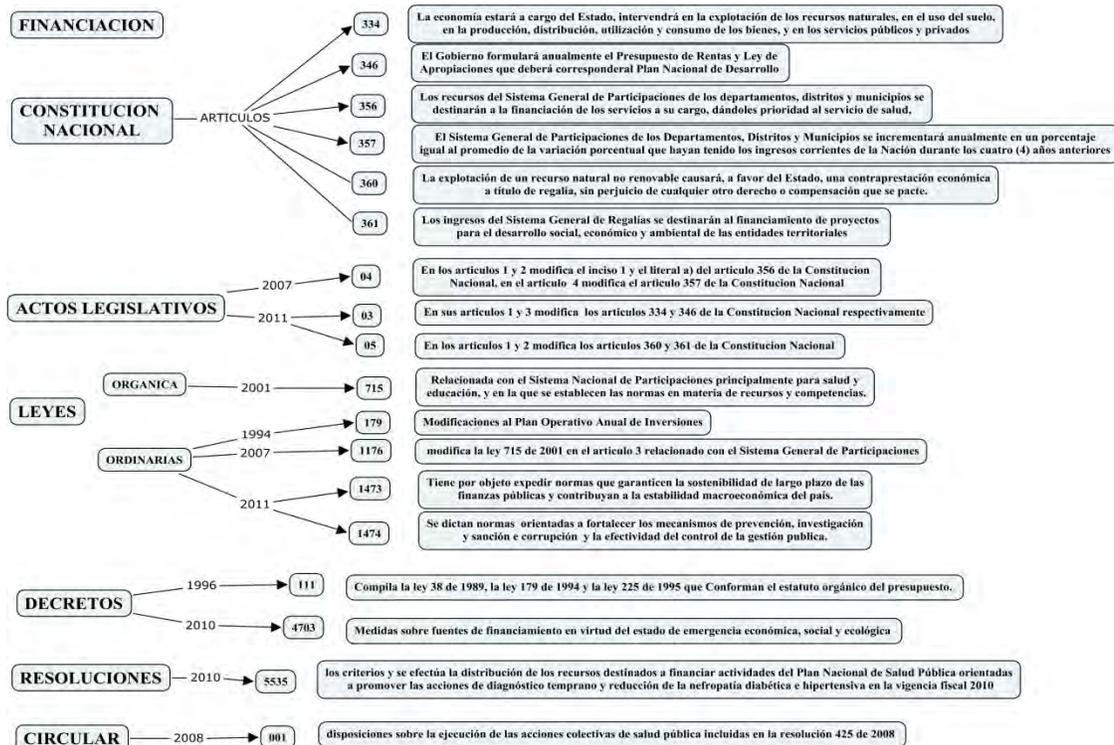
Durante el transcurso de los veinte años de cambio en la reglamentación en la seguridad social en salud los decretos dan los lineamientos en seguridad social en salud, además vigilancia de salud pública, los comités técnico científicos además la implementación del plan y la reglamentación en los decretos de emergencia social y desastre durante los años 2009 y finales del 2010.

Las Resoluciones se relacionan con los planes de atención básica, los mecanismos de acción en promoción y prevención del plan de salud obligatorio a nivel del régimen subsidiado y por ultimo relacionamos la reglamentación en el talento humano en salud con la normatividad del servicio social obligatorio.

Por último relacionamos la sentencia de la corte constitucional 760 del 2008 la cual regula la prestación del servicio de seguridad social en salud.



Gráfico 6. Mapa Conceptual de Financiación



Los artículos de la Constitución Nacional específicos para Financiación son el 334 el cual regula los recursos naturales, subsuelo para la economía nacional, 346 concerniente con el presupuesto nacional anual, los cuales son reformados por el acto legislativo 03 de 2011, los cuales están concordados en el mapa conceptual, los artículos 356 y 357 se refiere al sistema general de participaciones territorial con énfasis a salud, reformados por acto legislativo 04 del 2007 y los artículos 360 y 361 específico en el sistema general de regalías, reformados por el acto legislativo 05 del 2011.

Las leyes de financiación que se encuentran relacionadas empiezan con la ley orgánica 715 la cual da las pautas para elaboración y ejecución de la parte financiera la cual fue reformada por la ley 1176 del 2007 y actualmente la ley 1473 produce las normas vigentes en la parte de financiamiento.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El decreto 111 del 96 compila las leyes orgánicas previas del presupuesto Nacional, el decreto 4703 del 10 producen la normatividad del presupuesto y la financiación en la emergencia social de este año. Encontramos la resolución 5535 del 10 la cual da los criterios de distribución de los recursos financieros para el Plan Nacional de Salud Pública. La circular 001 del 2008 reglamenta la ejecución del PIC que se encuentran incluidas en la resolución 425 del 2008, además de la transparencia en los recursos de financiación.

El **Acuerdo 117 de 1.998** definió las responsabilidades de los aseguradores y prestadores de servicios de salud frente a las acciones de Promoción y prevención reglamentadas por la Resoluciones 0412 y 3384 de 2000.

Sin embargo debido a la gravedad de la ola invernal que ha golpeado el país fue necesario la creación y aplicación de normatividad especial para la protección de la población y la economía del país sin dejar de lado las necesidades en el sector salud.

Figura 7. Normatividad Referente a la Ola Invernal.





PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Mediante el **Conpes Social 091 de 2005**, se toman en cuenta las metas y estrategias de Colombia para lograr los objetivos de desarrollo del milenio 2015, medicamentos de interés para la salud pública, mediante acto administrativo motivado del INVIMA, compromiso adquirido por Colombia en la Cumbre del Milenio de septiembre de 2000, para el año 2011 se dispone del Conpes 140 el presente documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, la modificación al documento Conpes Social 91 del 14 de marzo de 2005 “Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio- 2015”, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y al ajuste en las líneas de base, y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados y cambios en fuentes de información.

El **Conpes Social 137**, estipula la distribución de recursos del SGP para la vigencia de 2011, correspondiente a las participaciones para educación, agua potable y saneamiento básico, y propósito General, y a las asignaciones especiales para Resguardos Indígenas, municipios Ribereños del Río Magdalena y alimentación escolar correspondientes a la vigencia 2011. Este Conpes incluye una modificación transitoria, debido a la vigencia temporal del Decreto 017 de 2011, que a su vez obedece al Decreto de emergencia social y ecológica numerado como el 4580 de 2010. Por esta razón, se estipula que el monto para salud corresponderá al 25%, y estos recursos adicionales se deben orientar a financiar servicios de Salud Pública por parte de las entidades territoriales afectadas por la ola invernal.

El **Conpes 138 del año 2011**, pone en consideración la Política Social de distribución territorial de las once doceavas de la Participación para Salud del Sistema General de Participaciones –SGP–correspondiente a la vigencia 2011. Los recursos por este concepto corresponden al 0,5% de los recursos del Sistema General de Participaciones, conforme a lo establecido por el Artículo 4 del Decreto Ley 017 de 2011, expedido en atención al estado de emergencia económica, social y ecológica por la ola invernal; así mismo estos recursos equivalen al 2%



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



del total de la Participación para Salud.

El **Conpes Social 140**, El documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, la modificación al documento Conpes Social 91 del 14 de marzo de 2005 “Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio- 2015”, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores y al ajuste en las líneas de base, y metas de algunos de los indicadores inicialmente adoptados y cambios en fuentes de información. Cabe anotar una recomendación importante en este Conpes la de incluir los objetivos de milenio en las bases del plan de desarrollo nacional “Prosperidad para Todos” para poder acelerar el cumplimiento de las metas además de implementar una evaluación más estricta.

El **Conpes 141, el 11 Abril de 2011**, detalla el proceso y los resultados de la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para educación de la vigencia 2011. De manera específica se distribuyen recursos para calidad matrícula oficial, gratuidad para secundaria y media, y complemento a la población atendida. De otra parte en relación con la participación para educación y debido al ajuste en la certificación de matrícula, realizado por el MEN se presenta el ajuste a la asignación realizada en el Documento Conpes Social 137 por concepto de población atendida finalmente, y también por efecto del ajuste de matrícula, este Conpes realiza un ajuste a la distribución de recursos realizada en el Documento Conpes Social 137 de la asignación especial para alimentación escolar.

El **Conpes 146 del año 2012**, Este Conpes tiene por objeto distribuir los recursos de la participación para Educación del Sistema General de Participaciones correspondientes a la vigencia 2012.

El **Conpes 148 del año 2012**, pone en consideración la Política Social de distribución territorial de las once doceavas de la Participación para Salud del Sistema General de Participaciones –SGP–correspondiente a la vigencia 2012.



1.1.4. Marco Normativo Territorial

El Plan de Desarrollo de La Jagua de Ibirico, 2012-2016, siendo este un plan de desarrollo integral del ser humano, con un enfoque diferencial y de derecho de acuerdo con los ciclos vitales y grupos de edad, el cual es concordante con el Plan Nacional de Desarrollo y Objetivos del Milenio. Los pilares de desarrollo que se ejecutaran son:

Para garantizar el cumplimiento de los fines del Estado establecidos por el artículo 2 de la Constitución Política, el artículo 209 del mismo ordenamiento contempla la obligación de desarrollar las funciones administrativas con fundamento en los principios de economía eficacia y celeridad para el cabal cumplimiento de lo contemplado, el Plan de Desarrollo constituye el mecanismo idóneo en cuanto permite definir objetivos, metas de la acción Departamental y las prioridades en el uso de los recursos públicos.

El artículo 339 superior consagra la obligación de adopción de los planes de desarrollo por parte de las entidades territoriales con el objeto de asegurar el uso eficiente de los recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les han sido asignadas por la Constitución y la ley.

El Acuerdo 16 de 1998 en el cual se expiden los determinantes regionales para la elaboración y adopción de los planes de salud y esquemas básicos de ordenamiento territorial

La ley 617 de 2000 reforma parcialmente la ley 136 del 94 y el decreto 1222 del 86, en esta ley se fortalecen las normas tendientes a fortalecer el proceso de descentralización y normatividad para la racionalización del gasto público.

La **Sentencia C- 795 del 2000**, decreta las competencias en materia del ordenamiento territorial, en la cual le corresponden realizar las directrices y orientaciones para el ordenamiento territorial.



1.2. ALCANCE

La Formulación del Plan Territorial de Salud del Municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar), se enmarca en el ámbito por 4 líneas las cuales son:

- La Primera Línea está relacionada con las políticas y directrices establecidas por el gobierno nacional en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.
- La Segunda Línea corresponde a los compromisos programáticos en salud, inscritos por las Alcaldes del municipio, en su Programa de Gobierno: En tal sentido el Plan de Desarrollo Municipal 2012 -2016, tiene como objeto y sujeto del desarrollo, al ser humano.
- La Tercera, está relacionada con las competencias territoriales establecidas en la legislación colombiana, área de la salud, enmarcados en cada uno de los ejes programáticos planteados.
- La Cuarta tiene como referencia la “Situación de Salud del Municipio”, soporte básico en la priorización de los principales problemas de salud y el enfoque de los esfuerzos y los recursos que conduzcan a la solución de los principales problemas de salud de nuestra la comunidad La Jagua de Ibirico (Cesar).

En el Decreto 3039 de 2007 define en el capítulo I, el alcance de las competencias, definidas por La Constitución Política de Colombia, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Ley 1151 de 2007. Por lo anterior, el Ministerio de la Protección Social, tiene como responsabilidad proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas a toda la población, utilizando como herramienta el Plan Nacional de Salud Pública definido cada cuatro años.

Siendo la Resolución 425 del 11 de febrero del 2008 la que define la metodología para elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes territoriales de salud y la integración con los planes de salud pública, en su metodología no exige realizar el alcance en los planes de salud territorial, se cree



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



conveniente realizar este ítem ya que este nos da como lo dice su nombre el alcance del plan de salud en la normatividad vigente la cual se referencia en los puntos anteriores, además de la delimitación espacial la cual son los límites físicos del municipio y además la población objetivo la cual se encuentra referenciado al municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar).

La concordancia de las normas con el decreto 425 del 2008, da conocer que la responsabilidad sobre la situación de salud, y la búsqueda por el mejoramiento de las condiciones de salud recae sobre las autoridades del ente territorial, el cual elabora, ejecuta a través de los planes territoriales de salud los cuales deben encontrarse en armonía con las disposiciones departamentales y Nacionales, por lo cual el municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar) realiza el plan territorial de salud 2012-2015 el cual se encuentra en total armonía y se articula con los planes de desarrollo departamental y nacional.

El Plan Territorial de Salud del municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar) de 2012-2015 abarca a la población del área urbana y rural con su diversidad biológica, social, económica y cultural, y además contempla la diversidad étnica, la formulación tiene en cuenta los factores de riesgo, factores protectores de la salud y condicionantes de vida, que serán mencionados en el diagnóstico situacional, buscando coherencia entre la formulación, ejecución y alcance de las políticas, planes y proyectos que buscan el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, familia y la comunidad del municipio.



1.3. PROPÓSITO

ARTÍCULO 3o. Propósito, Enfoques y Principios. “El Plan de Salud Territorial tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los municipios, para lograr en el mediano y largo plazo evitar 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.”⁸

1.4 PRINCIPIOS Y ENFOQUES

1.4.1 Principios. En cumplimiento de la ley 1438 de 2011 donde se definen los 21 principios del Sistema General de Seguridad Social, la Ley 152 de 1994 donde se definen los catorce principios generales que rigen las actuaciones de las autoridades e instancias nacionales, regionales y territoriales, en materia de planeación, la Ley 4050 del 2011 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”, el Acuerdo 12 del 31 de mayo del 2008 por el cual se adopta el Plan De Desarrollo para el municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar), 2008-2011 “” y el artículo 2 del decreto 3039 del 2007 donde se describen las competencias del Ministerio de la Protección Social acerca del desarrollo, adopción y o ajuste de los documentos técnicos y expedición de los actos administrativos requeridos para la implementación del Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan De Salud Territorial del municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar) adoptará los principios y enfoques previstos en el decreto 3039 del 2007 junto con los expuestos en el documento técnico “Lineamientos Externos Para La Formulación Del Plan Decenal De Salud Publica 2012- 2021”, en tanto se formule y adopte en

⁸ Resolución 0425 de 2008.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



forma concertada el Plan Nacional De Desarrollo 2011-2015 y El Plan Decenal De Salud 2012-202, y se dicte este ultimo como ley.

Tales principios son: Universalidad, Participación Social, Garanta De Derechos, Equidad, Calidad, Eficiencia, Intersectorialidad, Responsabilidad y Respeto Por La Diversidad Cultural Y Étnica; los cuales cubren en su totalidad lo correspondiente a los principios estipulados en las leyes mencionadas que en algún momento y aun en la actualidad rigen los planes de salud territoriales.

1.4.1.1. Universalidad. El plan estará orientado a la protección de todos los ciudadanos, garantizando el derecho a la salud con calidad a cualquier persona, sin importar la etapa de la vida en que se encuentre, su sexo, su etnia, su raza, su condición económica, y evitando que se presente cualquier tipo de discriminación; garantizando el respeto y entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de todas las personas frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud.

1.4.1.2 Participación Social. El plan debe contar con una participación amplia, deliberada, consciente y responsable de la población en su formulación, planeación, control social y evaluación; convirtiendo a la comunidad en la fuerza transformadora de sus propias condiciones de vida y garantizando que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales, y que éstas se concreten en el plan de salud del municipio. Además de contar con una interrelación y articulación de los distintos actores intra y extra sectoriales con el fin de lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud.

1.4.1.3. Garantía de Derechos. Garantizar el derecho a la salud, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de todas las acciones que hagan efectiva la preservación de los derechos, el acceso de los servicios integrales de



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia requiere el compromiso de todos los estamentos del Estado y de la sociedad civil suponiendo para tal fin la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares; logrando de esta manera que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible.

1.4.1.4 Equidad. La equidad en salud se logra cuando todas las personas alcancen su potencial de salud y por lo tanto, ninguna persona sea afectada en su capacidad de alcanzar ese potencial debido a su condición social o por circunstancias socialmente determinadas y evitables, de esta forma el plan orientará sus acciones sin discriminación, entendiendo las necesidades diversas de los grupos de población.

1.4.1.5. Calidad. El plan de salud velara por la provisión de servicios individuales y colectivos accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

1.4.1.6. 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 de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud con oportunidad, calidad y suficiencia.

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



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



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

1.4.1.9. Respeto por la Diversidad Cultural y Étnica. Es la garantía del respeto, del entendimiento de la cosmovisión, usos, costumbres, territorio ancestral, sitios sagrados y creencias de los grupos étnicos frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo el ejercicio de la consulta y concertación con las comunidades, garantizando su participación en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes de salud en concordancia con las disposiciones de la autoridad de salud y la Ley 691 del 2001.

1.4.2. Enfoques. Aunque la resolución 425 de 2008 no exige el desarrollo de enfoques exclusivos en lo territorial, y expresa que pueden ser los mismos que aparecen en el Plan Nacional de Salud Pública, es pertinente citar los estipulados en el Decreto 3039 de 2007, en concordancia con el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, junto con los que se definen en el documento técnico “Lineamientos Externos Para La Formulación Del Plan Decenal De Salud Publica 2012- 2021”, puesto que el Plan Nacional de Salud integra diversos enfoques para mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población, y los lineamientos conducen a mejor las carencias presentadas en el Plan nacional de salud.

1.4.2.1 Enfoque de Derechos. Los derechos, particularmente los derechos humanos, corresponden a las libertades, facultades o reivindicaciones relativas a los bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, simplemente por su condición humana, independientemente de las condiciones específicas de cualquier índole, se determinan por las condiciones que permiten establecer una



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



relación entre la persona y la sociedad y son inherentes a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinados por su carácter igualitario y obedeciendo también a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos. siendo su promoción y protección una responsabilidad de los gobiernos, ha sido clara la relación positiva establecida entre el desarrollo sostenible y la promoción y protección de los derechos humanos, a través de la aplicación de un enfoque basado en derechos humanos, tanto en la elaboración de políticas, monitoreo y evaluación, así como la implementación al interior de los estados, en sus áreas principales de programación relacionadas con población y desarrollo, a fin de establecer una visión y estrategia coherentes con miras a la programación y establecimiento de metas de desarrollo, basados en los principios y estándares de derechos humanos, con el objetivo último de apoyar la realización de los derechos humanos en los estados.

El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas, que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derechos a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no sólo en función de una atención de salud oportuna y apropiada sino también en el desarrollo y promoción de los principales factores determinantes de la salud, teniendo en cuenta tanto el punto de vista personal de cada ciudadano, el punto de vista institucional, y desde el punto de vista de las ciudadanías colectivas.

Cobra importancia el sujeto como soberano de sí y de sus asuntos, siendo el autocuidado objeto de derechos y deberes, se consideran también valores deseables el valor de la libertad, entendida como independencia, autonomía y participación y el asumir las responsabilidades que se derivan de la misma; el



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



valor de la igualdad, entendida como igualdad en dignidad, capacidades y derechos; el valor de la solidaridad con los débiles y vulnerables y el valor del respeto y del diálogo, entre los derechos y principios que se deben propiciar vale mencionar la justicia, igualdad, el principio de no discriminación y el derecho a la salud, las cuales además de formar parte de la promulgación de normas nacionales, se deben favorecer en la aplicación de las mismas y acogerlos de manera efectiva en los procesos operativos de su ejecución.

Incluye como elementos esenciales de este derecho: la disponibilidad, la accesibilidad la aceptabilidad y la calidad y por tanto debe dar cuenta de medidas explícitas que garanticen su goce efectivo en campos de actuación propios de la salud pública y de interrelación desde una perspectiva de determinantes.

1.4.2.2 Enfoque Diferencial. La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades, tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los/las distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género, y etnia particulares. Así mismo se tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y situaciones sociales como el desplazamiento. Supone una organización de las acciones y programas que den cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación y debe garantizar un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad. Debe explicitar las particularidades sociales, culturales, religiosas, etc. para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población.

El enfoque diferencial debe ser un reconocimiento de la diversidad y de un análisis de necesidades diferenciales de los sujetos y colectivos, supone entonces al definir la actuación institucional y social, la materialización de intervenciones que



den cuenta de las mismas e incluso señalen explícitamente acciones afirmativas que generen condiciones de equidad y de efectiva superación de vulneraciones.

El enfoque diferencial presenta cuatro grupos para su análisis y aplicación: enfoque de ciclo de vida, enfoque de género, enfoque étnico y otros enfoques en lo diferencial.

1.4.2.3 Enfoque de Ciclo de Vida. El ciclo de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores.

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y recordar que existe diversidad individual y cultural. El ciclo de vida atraviesa todos los demás sub diferenciales, para cada momento vital es de especial relevancia reconocer los roles y relaciones de poder derivadas del género, la pertenencia étnica, la existencia de discapacidad o no, generando un conjunto de características que exigen un reconocimiento real de sujetos y sus necesidades y no solo una división de grupos de edad homogéneos. aborda el continuo vital y sus momentos en términos de potencialidades y capacidades permanentes y adecuadas a las exigencias de cada uno de ellos y al logro de acumulados que le permitan a cada individuo y a los colectivos, tener una vida plena y dentro de ella las mejores condiciones de salud posibles.

De igual manera incorpora en su prospectiva la visión de las transformaciones a corto, mediano y largo plazo derivadas de los cambios poblacionales, de la estructura familiar y otros que afectan significativamente los roles y dimensiones vitales



1.4.2.4 Enfoque de Género. Se entiende por género el conjunto de características sociales, culturales, políticas, jurídicas y económicas asignadas socialmente en función del sexo de nacimiento, considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

Es importante reconocer al género como un factor social de peso en comparación con otros factores, a fin de romper con la falacia común de fusionar el género con la diferencia biológica, esta distinción biológica entre el sexo y el género que permite distinguir además las bases sociales más profundas de las diferencias entre hombres y mujeres, más allá de lo aparentemente obvio de la diferencia biológica, a fin de influir los diversos determinantes que las generan en pos del logro de la equidad.

Incorporar el enfoque de género significa visibilizar e intervenir las inequidades derivadas de las relaciones establecidas entre hombres y mujeres, como sujetos en distintos momentos vitales, con diversas cosmovisiones y orientaciones, y en diferentes condiciones sociales, económicas.

1.4.2.5 Enfoque Étnico. La etnicidad es una construcción de conciencia colectiva, relacionada con aspectos físicos, culturales y sociales de grupos humanos que éstos identifican como propios y que pautan relaciones intergrupales dentro de un orden social, Una etnia es un grupo humano diferenciado que habita en espacio geográfico, posee características culturales propias y una historia común.



Este enfoque permite identificar grupos con identidades diferenciadas en torno a elementos seleccionados o “marcas étnicas” que tienen un contenido simbólico, Estas características culturales y sociales propias generan diferenciales en las condiciones de vida y el acceso a recursos de atención, operando a través de conductas, creencias, estereotipos y prejuicios que tienen de base la discriminación, el racismo, la segregación y el aislamiento de grupos o minorías étnicas.

1.4.2.6. Otros Enfoques En Lo Diferencial. En coherencia con otros desarrollos de atención de poblaciones de especial protección y vulnerabilidad en Colombia, en este contexto de enfoque diferencial también se deben tener en cuenta los abordajes de diversidad derivados de la discapacidad, situaciones de desplazamiento, condición de víctimas y otras reconocidas en instrumentos internacionales vinculantes para el país y compromisos incluidos en el Plan de Desarrollo Nacional.

1.4.2.7 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. Los determinantes de la salud son todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas y, actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan las condiciones de vida y de salud de la población. El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Un modelo integral de determinantes sociales de la salud debe lograr: a) Aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; b) Indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; c) Proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que son más importantes abordar; d) Proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud. Al contener estos puntos es posible llegar a la construcción de un modelo de determinantes sociales de la salud que fundamentalmente comprende la existencia de un contexto socio político que genera un conjunto de posiciones socio económicas desiguales que responden a una estratificación según, entre otros, los niveles de ingresos, la educación, el género, la raza o grupo étnico. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud.

1.4.2.8 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.

El enfoque poblacional consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan y orientando la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo hacia el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio.



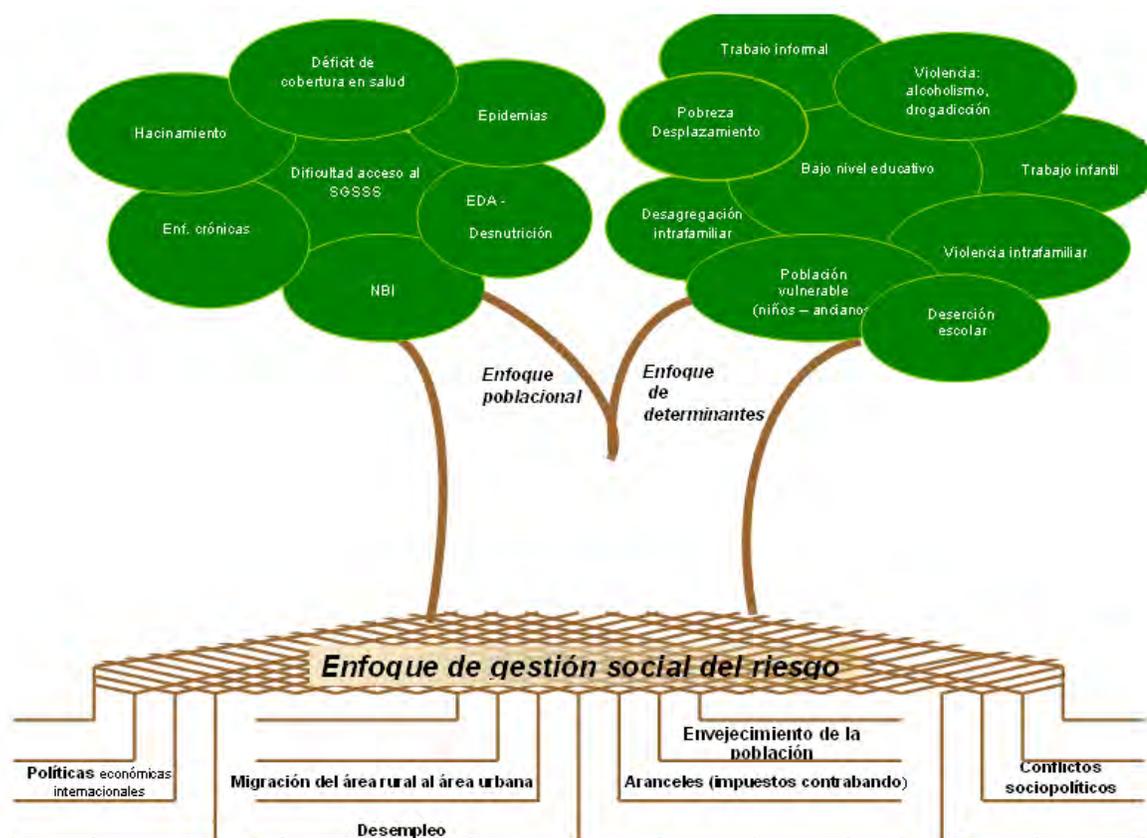
Los cambios en el tamaño, crecimiento, estructura, localización o movilidad de la población influyen sobre las condiciones socioeconómicas y ambientales en el territorio, de igual manera afectan la dinámica demográfica. Existen características sociales y económicas que son relevantes para la comprensión de la población de acuerdo a cada territorio

El enfoque poblacional ayuda a abordar los procesos de planeación territorial desde una perspectiva integral al analizar sistemáticamente la dinámica poblacional e incorporarla en la toma de decisiones estratégicas y en la formulación de política pública.

Es necesario precisar los intercambios entre las dinámicas de población y las dinámicas socio- económica, educativas y ambientales para identificar los desequilibrios y las ventajas comparativas del territorio que se generan en estos intercambios, considerando la población/territorio como un elemento ordenador de políticas y respuestas, que junto con lo diferencial visto desde lo poblacional fortalezca la acción sobre las desigualdades evitables teniendo en cuenta la heterogeneidad de las problemáticas regionales, en los departamentos del país e incluso dentro de ellos, de tal manera que sea una respuesta pertinente, con coherencia interna y ajustada a la realidad.

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

Gráfica 8. Enfoque de Gestión Social del Riesgo.



1.4.2.9.1. Riesgo. Los riesgos definen de manera general la probabilidad de la ocurrencia de un evento que causa daño a los individuos o a las comunidades; se agrupan en riesgos biológicos, riesgos físicos, riesgos químicos o de contaminación ambiental y riesgos socioculturales.

1. Riesgos Sociales: Son las diferentes probabilidades de daño a la comunidad por la interacción de múltiples fuerzas y comportamientos individuales y grupales, catalizados por el ambiente social, cultural, político o económico local, regional o nacional.

2. Riesgos Físicos: Son las diferentes probabilidades de la ocurrencia de daños ocasionados por desequilibrios en el ambiente, por desajustes económicos, por



trauma físico, por trauma psíquico, etc, que pueden causar un gran impacto en los grupos poblacionales.

3. Riesgos Biológicos: Son las diferentes probabilidades de daños ocasionados por el contacto con agentes biológicos que causan impacto en los grupos poblacionales.

4. Riesgos de Contaminación Ambiental, Químicos, Otros: Diferentes probabilidades de daño ocasionados por la existencia de contaminantes que causan desequilibrios en los grupos poblacionales.

1.4.2.9.2. Definición de los Factores De Riesgo. Los factores de riesgo definen de manera general a todos los elementos de cualquier tipo que con su presencia favorecen la probabilidad de la ocurrencia de un evento que causa daño a los individuos o a las comunidades; se agrupan en factores de riesgo biológicos, factores de riesgo físicos, factores de riesgo químicos o de contaminación ambiental y factores de riesgo socioculturales.

1. Factores De Riesgo Sociales: Elementos de tipo social, cultural, político o económico en los ámbitos local, regional o nacional, que con su presencia favorecen la probabilidad de daño a la comunidad por la interacción de múltiples fuerzas y comportamientos individuales y de grupo.

2. Factores De Riesgo Físicos: Elementos de tipo físico, natural o ambiental, presentes de forma permanente o transitoria en los ámbitos local, regional o nacional, que con su presencia favorecen la probabilidad de la ocurrencia de daños, que pueden causar un gran impacto en los individuos y en los grupos poblacionales.

3. Factores De Riesgo Biológicos: Elementos de tipo biológico o ambiental, presentes de forma permanente o transitoria en los ámbitos local, regional o

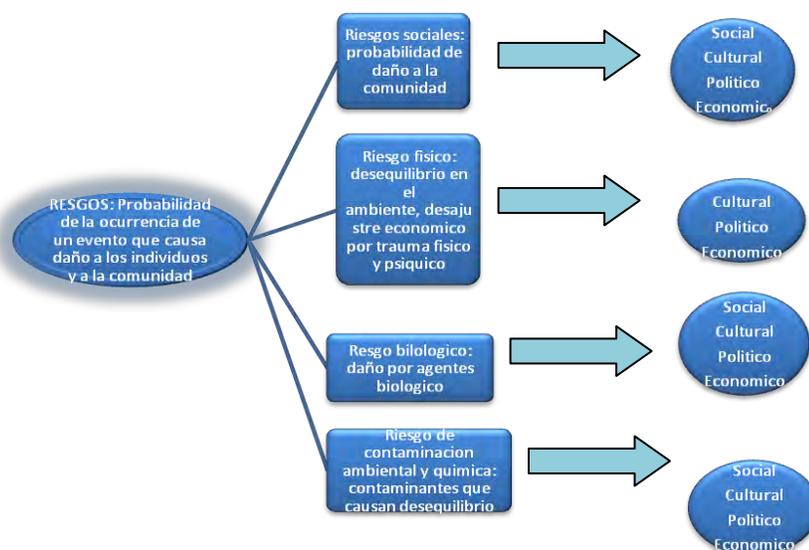


nacional, que con su presencia favorecen diferentes probabilidades de daños ocasionados por el contacto con agentes biológicos que causan impacto en los individuos y en los grupos poblacionales.

4. Factores De Riesgo De Contaminación Ambiental Por Químicos Y Otros.

Elementos de tipo químico, biológico, natural o ambiental, presentes de forma permanente o transitoria en los ámbitos local, regional o nacional, que con su presencia favorecen diferentes probabilidades de daño ocasionados por la existencia de contaminantes que causan desequilibrios en los individuos y en los grupos poblacionales.

Grafica 9. Riesgo



1.4.2.9.3. Definición de los Factores Protectores. Como factores protectores se define de manera general a todos los elementos de cualquier tipo que con su presencia disminuyen la probabilidad de la ocurrencia de un evento que causa daño a los individuos o a las comunidades; se agrupan en factores protectores biológicos, factores protectores físicos, factores protectores químicos o de contaminación ambiental y factores protectores socioculturales.



1. Factores Protectores De Tipo Social. Elementos de tipo social, cultural, político o económico en los ámbitos local, regional o nacional, que con su presencia disminuyen la probabilidad de daño a la comunidad por la interacción de Múltiples fuerzas y comportamientos individuales y de grupo.

2. Factores Protectores De Tipo Físico. Elementos de tipo físico, natural o ambiental, presentes de forma permanente o transitoria en los ámbitos local, regional o nacional, que con su presencia disminuyen la probabilidad de la ocurrencia de daños, que pueden causar un gran impacto en los individuos y en los grupos poblacionales.

3. Factores Protectores De Tipo Biológico: Elementos de tipo biológico o ambiental, presentes de forma permanente o transitoria en los ámbitos local, regional o nacional, que con su presencia disminuyen diferentes probabilidades de daños ocasionados por el contacto con agentes biológicos que causan impacto en los individuos y en los grupos poblacionales.

4. Factores Protectores De Tipo De Contaminación Ambiental Por Químicos Y Otros: Elementos de tipo químico, biológico, natural o ambiental, presentes de forma permanente o transitoria en los ámbitos local, regional o nacional, que con su presencia disminuyen diferentes probabilidades de daño ocasionados por la existencia de contaminantes que causan desequilibrios en los individuos y en los grupos poblacionales.

1.4.2.9.4. Ventajas de la Aplicación del Enfoque de Riesgo al Cuidado de la Salud. El enfoque de riesgo es un método de carácter preventivo aplicado al cuidado de la salud y es el fundamento epidemiológico con base en el cual se deben orientar los proyectos y planes tanto a nivel local como regional:

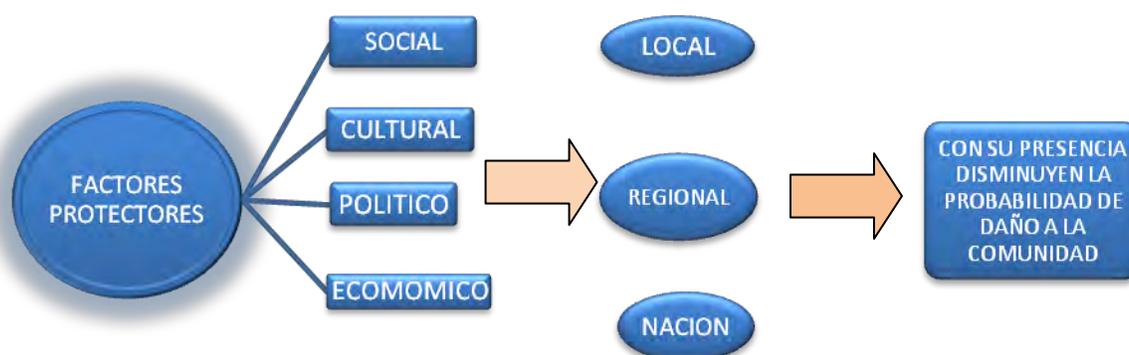


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- Ofrece una oportunidad para articular los sectores y para potenciar los efectos de sus acciones sobre el desarrollo de la salud.
- Constituye una oportunidad para unir la clínica con la epidemiología y la gerencia en salud para articular las necesidades reales para la salud de la comunidad.
- Favorece un óptimo aprovechamiento de los recursos al permitir la adecuación de estos a las necesidades.
- Incrementa el impacto favorable de las acciones sobre la salud sin un crecimiento paralelo del gasto.

Grafico 10. Factores Protectores.



1.5. LÍNEAS DE POLÍTICAS NACIONALES

Con el fin de mejorar la salud de la población Colombiana, le corresponde al Gobierno Nacional, definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública, según lo establecido en el artículo 33 de la ley 1122 de 2007, para lo cual en el cuatrienio del 2007 – 2010 se adopta el Decreto 3039 de 2007, donde se definen las prioridades en salud para los siguientes años, que se guía bajo los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social e intersectorialidad, así mismo el



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Ministerio de la Protección Social propone y define líneas para el desarrollo de las políticas en salud.

En los próximos párrafos se pretende plasmar los diferentes puntos de desarrollo metodológico que deberían tener en cuenta todos los entes gubernamentales al momento de formular sus Planes de Salud Territorial, es así, como se deberían tener en cuenta no solo en Plan Nacional de Salud Pública (decreto 3039 de 2007), sino también: el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para todos” (Ley 1450 De 2011), el plan decenal (reglamentado en el Art. 6° de la ley 1438 de 2011) y los documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social que es catalogado como el máximo organismo de coordinación de la política económica en Colombia, denominados “Conpes”, que tienen vigencia para el 2012, (Conpes 148) y por ultimo tener en cuenta los Planes de Desarrollo del municipio para el periodo actual y los periodos pasados, así como los planes de salud territorial de los gobiernos anteriores (Acuerdo N° 012 del Concejo Municipal de La Jagua de Ibirico (Cesar), 12 de Mayo de 2008).

Es así como debemos mencionar que desde las líneas políticas establecidas en el decreto 3039 de 2007, se busca que se integren las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que todas las personas estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud, teniendo en cuenta su contexto cultural y el sistema de valores, que rige las dimensiones individual, familiar y comunitaria, en los ámbitos locales, regionales y nacionales. Se solicita entonces una vinculación de los temas del sector salud con la de otros sectores como la política económica y social, por lo tanto propone cada plan de salud o desarrollo, un conjunto de acciones orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir, cuyo objetivo es minimizar la pérdida de bienestar, mediante intervenciones compartidas entre el estado, la comunidad, y los demás actores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas (aseguramiento y auditoría de las EPS).



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Por lo tanto ponen al servicio de la comunidad diferentes medios por los cuales vincularse para la creación de los planes, mediante un 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, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de los colombianos.

Los lineamientos para formular El Plan Decenal para el periodo 2012 – 2021, plantea la incorporación legislativa de la Atención Primaria en Salud como estrategia central del Sistema de Salud Colombiano, orientada a establecer condiciones de materialización del derecho a la salud y reducción de inequidades, además solicita y apoya el cumplimiento de la participación social no solo en los momentos de formulación o construcción de los planes, sino en todo el ciclo de ejecución, seguimiento y evaluación de los mismos, por tanto se pretende que cuente con un capítulo especial sobre Consulta Previa a comunidades y grupos étnicos, dando cumplimiento a los mandatos constitucionales y normativos.

Con el nuevo gobierno a mando del Señor Presidente de la República Juan Manuel Santos Calderón, se puso en marcha el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para todos”, legislado por la Ley 1450 de 2011, donde evaluamos el sector salud en el capítulo IV “Igualdad de oportunidades para la prosperidad social” y el capítulo VI “Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo”, que se desarrolla en torno a las siguientes lineamientos estratégicos en la Ley 1450 de 2011 _ Plan de Desarrollo Nacional “Prosperidad para todos”:

A. Política Integral de Desarrollo y Protección Social:

1. Primera infancia
2. Niñez, adolescencia y juventud
3. Formación de capital humano
4. Acceso y calidad en salud: universal y sostenible



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



5. Empleabilidad, emprendimiento y generación de ingresos
6. Promoción de la Cultura
7. Deporte y recreación

B. Promoción Social:

1. Red para la Superación de la Pobreza Extrema (Juntos)
2. Política para la Población Víctima del Desplazamiento.

C. Políticas Diferenciadas para la Inclusión Social.

1. Grupos étnicos
2. Género
3. Discapacidad.

D. Sostenibilidad Ambiental y Prevención del Riesgo.

1. Gestión ambiental integrada y compartida
2. Gestión del riesgo de desastres: buen gobierno para comunidades seguras.
3. Respuesta a la Ola Invernal 2010-2011
4. Canasta y eficiencia energética.

Además, desde el gobierno central se propone a los entes territoriales fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias en salud pública. Todas estas estrategias se plantean dentro de los ejes programáticos de la resolución 425 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, reglamentados estos ejes en el artículo 6°, que debemos mencionar ya que de ellas se derivan las estrategias que se deben desarrollar a cargo de la nación, de las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud – EPS – ARP – IPS. Ver Tabla.2.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 2. Ejes Programáticos PST

| EJES PROGRAMÁTICOS | |
|--------------------|--|
| 1 | Aseguramiento. |
| 2 | Prestación y desarrollo de servicios de salud. |
| 3 | Salud pública. |
| 4 | Promoción social. |
| 5 | Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales. |
| 6 | Emergencias y desastres. |

Fuente: Resolución 425 de 2008.

Estos deben ser adoptadas a partir de lo nacional en lo territorial, por ello el Plan de Desarrollo del Municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar), legislado por el acuerdo del concejo municipal de La Jagua de Ibirico (Cesar) N° 012 de Mayo 31 de 2008, para el periodo saliente, se desarrollo en torno a esta metodología de matrices determinantes, de ejes programáticos y priorización de la problemática, copia textualmente las líneas políticas del decreto 3039 de 2007.

Por lo tanto, lo que se pretende al tener en cuenta los demás documentos antes mencionados para desarrollar un plan de salud para el municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar) que permita plasmar todas las necesidades, acciones y prioridades de salud del municipio.

Se realizo un resumen de las líneas políticas o lineamientos estratégicos planteados para el sector salud en los documentos mencionados anteriormente:

1.5.1. Línea de Política número 1. Promoción de la Salud y la Calidad de Vida.

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integran las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

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 y generar en los individuos y las comunidades 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 calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las Dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales⁹

⁹ Decreto 3039 de 2007,



1.5.1.1. Estrategias a Cargo de las Entidades Territoriales:

- a. Adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida y prevención de los riesgos.
- b. Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud.
- c. Formulación, adopción y evaluación de políticas para mejorar la participación social y comunitaria en salud.
- d. Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entorno 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 usuarios¹⁰.

1.5.2. Línea de Política número 2. Prevención de los Riesgos. Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.

Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria¹¹.

¹⁰ Ibid, pág. 63

¹¹ Ibid, pág. 63



1.5.2.1. Estrategias a cargo de las Entidades Territoriales:

- a. Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevenciones de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarias y fitosanitarios.
- b. Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia.
- d. Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS, en sus competencias.
- e. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.
- 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 jurisdicción¹²

1.5.3. Línea de Política número 3. Recuperación y Superación de los Daños en la Salud. Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud - POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social. Involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de

¹² Ibid, pág.63



atención y grados de complejidad con el objeto de detener o reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

Esta política demanda de las autoridades de salud y de la sociedad en general, una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia y grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud¹³

1.5.3.1. Estrategias para la Recuperación y Superación de los Daños en la Salud a Cargo de Las Entidades Territoriales.

- 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 contrarreferencia, en su jurisdicción.
- g) Desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral, en su jurisdicción.

¹³ Ibid, pág. 63



- h) Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.
- i) Fomento de la telemedicina¹⁴

1.5.4. Línea de Política número 4. Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento. Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

La vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS¹⁵.

1.5.4.1. 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 - INS¹⁶.

1.5.4.2. 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

¹⁴ Ibid, pág. 63

¹⁵ Ibid, pág. 63

¹⁶ Ibid, pág. 63



haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social¹⁷.

1.5.4.3. 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 - INVIMA¹⁸.

1.5.4.4. 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

¹⁷ Ibid, pág. 63

¹⁸ Ibid, pág. 63



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



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 2007¹⁹.

1.5.4.5. Estrategias de la Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento a Cargo de las Entidades Territoriales:

- 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.

¹⁹ Ibid, pág. 63



- f. Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción²⁰.

1.5.5. Línea de Política número 5. Gestión Integral para el Desarrollo Operativo y Funcional del Plan Nacional de Salud Pública. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario.

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

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.

²⁰ Ibid, pág. 63



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



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 competencias²¹.

1.5.5.1. Estrategias para La Gestión Integral para el Desarrollo Operativo y Funcional del Plan Nacional de Salud Pública. Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

1.5.5.1.1. A cargo de la Nación y de las Entidades Territoriales:

- a. Aseguramiento universal en salud, priorizando la población pobre y vulnerable.

²¹ Ibid, pág. 63



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- 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 cuentas²².

De acuerdo con los lineamientos técnicos y metodológicos, para el proceso territorial de generación de insumos del Plan decenal de Salud Pública 2012 – 2015/2021. Se propone las siguientes las orientaciones estratégicas para la salud pública:

- Atención Primaria en Salud
- Participación Social
- Consulta Previa a los grupos étnicos
- Redes intersectoriales a favor de la salud pública
- Gestión social del riesgo

²² Ibid, pág. 63



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



1.6. PRIORIDADES, OBJETIVOS Y METAS NACIONALES.

De acuerdo a la Resolución 425 de 2008, en su artículo 5: “El plan de salud territorial, deberá adaptar las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan Nacional de salud Pública”. Al respecto se puede afirmar que se define que el Plan de Salud del Municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar), tomara como patrón las prioridades, objetivos y metas nacionales; se dará prioridad a las necesidades encontradas a nivel territorial por medio de la matriz y se armonizara con el resultado de las primeras causas de morbilidad y mortalidad que de la mano de los factores de riesgo, protectores y el análisis de las necesidades y recursos disponibles encontrados, se realizara ulteriormente un análisis de situación de salud con lo que se establecerán los parámetros necesarios para la ejecución del Plan Territorial de Salud del municipio.

Tabla 3. Prioridades y Metas Nacionales de Salud en El Plan Territorial 2008 - 2011

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO 1. PRIORIDADES Y METAS NACIONALES DE SALUD EN EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008 -2011

| OBJETIVO NACIONAL | Meta | Meta Nacional Esperada al 2011 | Predomina en : |
|--|---|---|-----------------|
| | INDICADOR | PORCENTAJE ESPERADO FRENTE A LA LÍNEA DE BASE | |
| Objetivo 1. Mejorar la salud infantil | Tasa de mortalidad < 1 año x 1000 N.V. | Reducir la tasa como mínimo en 3,8% | Plan Individual |
| | Tasa mortalidad en menores 5 años por 1000 NV | Reducir la tasa como mínimo en 9% | Plan Individual |
| | Cobertura de vacunación de todos los biológicos en menores de 1 año | Incrementar y mantener la cobertura en cada año del cuatrienio en 95% | Plan Individual |
| Objetivo 2. Salud sexual y salud reproductiva | Razón de mortalidad materna x cien mil N.V | Reducir como mínimo la razón en 14,6% | Plan Individual |
| | Tasa de fecundidad global en mujeres de 15 a 49 años | Reducir como mínimo la tasa en 4,2% | Plan Individual |
| | Tasa de mortalidad cáncer de cuello uterino x cien mil | Reducir como mínimo la tasa en 11% | Plan Individual |
| | Cobertura universal terapia VIH | Lograr un cobertura de acceso a terapia ARV igual o superior a 28% | Plan individual |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO 1. PRIORIDADES Y METAS NACIONALES DE SALUD EN EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008 -2011

| OBJETIVO NACIONAL | Meta | Meta Nacional Esperada al 2011 | Predomina en : |
|--|--|--|-----------------|
| | INDICADOR | PORCENTAJE ESPERADO FRENTE A LA LÍNEA DE BASE | |
| Objetivo 3. Mejorar la salud oral | Porcentaje de cumplimiento del POS en el control de placa calcificada y blanda en población mayor de 12 años | Lograr y mantener el porcentaje de cumplimiento de metas igual o superior al 50% | Plan Individual |
| | Porcentaje de cumplimiento del POS en el control de placa bacteriana en población mayor de 2 años | Lograr y mantener el porcentaje de cumplimiento de metas igual o superior al 50% | Plan Individual |
| Objetivo 4. Mejorar la | Porcentaje de departamentos y distritos con planes territoriales de salud frente a los planes | Lograr que el 100% de departamentos y distritos tengan en funcionamiento la red comunitaria de prevención en salud mental y del uso y abuso de sustancias psicoactivas | Plan colectivo |
| OBJETIVO NACIONAL | Meta | Meta Nacional Esperada al 2011 | Predomina en : |
| Objetivo 5. Enfermedades transmisibles y zoonosis | Porcentaje de detección de casos de TB pulmonar | Incrementar como mínimo la detección en 22,9% | Plan Individual |
| | Porcentaje de curación TB pulmonar baciloscopia positiva | Incrementar como mínimo la tasa de curación en 25,9% | Plan Individual |
| | Número municipios que no cumplen la meta de eliminación de lepra | Reducir como mínimo el número de municipios que no cumplen la meta, en 50,6% | Plan colectivo |
| | Cobertura de vacunación antirrábica canina | Lograr y mantener la cobertura por encima del 90% | Plan colectivo |
| | Porcentaje de criaderos controlados en municipios de alto riesgo de transmisión de vectores | Lograr y mantener un porcentaje superior o igual al 50% | Plan colectivo |
| | Número de casos de rabia humana transmitida por perros | Tolerancia cero | Plan colectivo |
| | Número de casos de mortalidad por malaria | Reducir como mínimo el número de muertes en 28,6% | Plan Individual |
| | Número de casos de mortalidad por dengue | Reducir como mínimo el número de muertes en 30% | Plan Individual |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



Alcalde Municipal
La Jagua del Ibirico
Gobierno de Oportunidades

ANEXO 1. PRIORIDADES Y METAS NACIONALES DE SALUD EN EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2008 -2011

| OBJETIVO NACIONAL | Meta | Meta Nacional Esperada al 2011 | Predomina en: | |
|---|---|---|--|----------------|
| | INDICADOR | PORCENTAJE ESPERADO FRENTE A LA LÍNEA DE BASE | | |
| Objetivo 8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental Objetivo 6. Enfermedades no transmisibles y discapacidades visuales, motoras, auditivas y cognitivas Objetivo 9. Mejorar la seguridad en el trabajo | Porcentaje anual de municipios y distritos que desarrollan actividades de promoción de la actividad física en ámbitos cotidianos | Lograr y mantener el porcentaje cercano al 90% de los municipios E, 1,2, y 3. | Plan colectivo | |
| | Porcentaje anual de municipios que desarrollan la Estrategia de Entornos Saludables | Lograr y mantener como mínimo un porcentaje cercano al 30% | Plan colectivo | |
| | Porcentaje anual de municipios que desarrollan la Estrategia de Instituciones Libres de Humo | Lograr y mantener el porcentaje cercano al 50% | Plan colectivo | |
| | Cobertura de vigilancia calidad de agua en municipios 4,5 y 6 | Lograr y mantener cobertura universal de vigilancia de la calidad de agua en acueductos y fuentes de agua de los municipios 4,5,6 | Lograr y mantener la cobertura igual o superior al 90% | Plan colectivo |
| | Cobertura de tamizaje TSH neonatal | Reducir como mínimo la tasa en un 17,4%. | Plan Individual RP | |
| Objetivo 9. Mejorar la seguridad en el trabajo | Tasa de mortalidad por enfermedad profesional | Reducir como mínimo la tasa en un 13,5%. | Plan Individual RP | |
| | Cobertura de tamizaje visual en adultos mayores de 50 años no afiliados al SGSSS | Lograr una cobertura igual o superior al 40% | Plan colectivo | |
| Objetivo 10. Fortalecer la gestión operativa y funcional Objetivo 7. Mejorar la situación en nutrición | Porcentaje de destrucción global e ineficiencia en la gestión del plan de salud territorial | Reducir como mínimo el porcentaje cercano al 100%. | Plan colectivo | |
| | Cobertura de afiliación a la seguridad social en menores de 5 años | Lograr como mínimo un porcentaje cercano al 100%. | Plan colectivo | |
| Objetivo 7. Mejorar la situación en nutrición | Cobertura de afiliación a la seguridad social en menores de 5 años | Lograr como mínimo una tasa en un 3% | Plan Individual | |
| | Meta | Meta Nacional Esperada al 2011 | | |
| OBJETIVO NACIONAL | INDICADOR | PORCENTAJE ESPERADO FRENTE A LA LÍNEA DE BASE | Predomina en: | |
| Objetivo 8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental | Porcentaje de aseguradores e instituciones habilitadas que reportan la información del Servicio de Seguimiento y Atención Integral a la Estrategia AIEPI y IAMJ funcionando | Lograr como mínimo un porcentaje cercano al 70% | Plan Individual | |
| | Porcentaje de municipios que han adaptado la política de salud ambiental | Lograr como mínimo un porcentaje del 90% de los municipios E, 1,2, y 3. | | |
| | Porcentaje anual de municipios que desarrollan la Estrategia de Entornos Saludables | Lograr y mantener como mínimo un porcentaje cercano al 30%. | Plan colectivo | |
| Objetivo 9. Mejorar la seguridad en el trabajo | Cobertura de vigilancia calidad de agua en municipios 4,5 y 6 | Lograr y mantener cobertura universal de vigilancia de la calidad de agua en acueductos y fuentes de agua de los municipios 4,5,6 | Plan colectivo | |
| | Tasa de mortalidad por enfermedad profesional | Reducir como mínimo la tasa en un 17,4%. | Plan Individual RP | |
| | Tasa de accidentes ocupacionales por cien mil | Reducir como mínimo la tasa en un 13,5%. | Plan Individual RP | |
| Objetivo 10. Fortalecer la gestión operativa y funcional | Porcentaje anual municipios con eficiencia y eficacia en la gestión del plan de salud territorial | Lograr y mantener el porcentaje cercano al 100%. | Plan colectivo | |
| | Cobertura de afiliación a la seguridad social en salud | Lograr cobertura universal | Plan colectivo | |
| | Porcentaje de aseguradores e instituciones habilitadas que reportan la información del SOGCS | Lograr como mínimo un porcentaje superior al 70% | Plan colectivo | |

FUENTE: Ministerio de la Protección Social

Con base a las políticas se crean unos objetivos y metas relacionados a continuación.

OPORTUNIDAD PARA TODOS



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



TABLA 4. Objetivos y Metas Nacionales

| OBJETIVOS | METAS | LINEA BASE |
|---|---|--|
| 1.MEJORAR LA SALUD INFANTIL | Reducir A 15 Por Mil Nacidos Vivos La Tasa De Mortalidad En Menores De Un Año | 16.3 Por Mil |
| | PAI Por Encima Del 95 % En Menores De Un Año. | Polio Y Dpt 86.8%, Sarampión Y Rubeola 89.1% En Menores De Un Año. |
| | Reducir A 24 Por Mil La Tasa De Mortalidad En Menores De 5 Años | 30.2 Por Mil |
| 1. MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | Reducir Por Debajo De 62.4 Por Cien Mil Nacidos Vivos La Tasa De Mortalidad Materna. | 78.7 Por Cien Mil |
| | Reducir O Mantener Por Debajo De 2.4 Hijos Por Mujer En Mujeres De 15 A 49 Años En Fecundidad Global | 2.4 Hijos Por Mujer |
| | Reducir Por Debajo De 7 Por Cien Mil Mujeres Tasa De Mortalidad Por Cancer De Cuello Uterino. | 9.4 Por Cien Mil Mujeres |
| | Mantener Por Debajo De 1.2% Prevalencia De Vih De Poblacion De 15 A 49 Años | 0.7% |
| | Lograr Cobertura Universal De Terapia Retroviral Para Vih Positivo | 72% |
| 3.MEJORAR LA SALUD ORAL | Indice Cop Promedio A Los 12 Años 2.3 | 2.3 |
| | Mantener Los Dientes Permanentes En El 60% De Los Mayores De 18 Años | 50.2% |
| 4.MEJORAR LA SALUD MENTAL | Adoptar Los Planes A La Política Nacional De Salud Mental Y De Reduccion De Consumo De Sustancias Sicoactivas A Un 100% | 0% |
| | Reducir La Tasa De Suicidio A 3 Por Cada Cien Mil Habitantes | |
| 5.DISMINUIR LAS ENFERMEDADES TRASMISIBLES Y LA ZONOSIS | Aumentar Al 70% La Deteccion De La Tuberculosis | 54% |
| | Aumentar Al 85% La Tasa De Curacion De La Tuberculosis Pulmonar Basiloscoopia Positiva | 63% |
| | Reducir Un 50% Los Municipios Que No Cumplen Con La Meta De Eliminación De Lepra Prevalencia 1 Por Diez Mil Habitantes | 87 MUNICIPIOS NO CUMPLEN |
| | Eliminar Rabia Humana Trasmitada Por Perro | 0.0047 POR CIEN MIL |
| | Reducir Los Casos De Mortalidad Por Malaria A 60 CasOs Para El 2010 | 119 MUERTES |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|---|--|-------------------|
| | Reducir Los Casos De Mortalidad Por Dengue En Un 30% A 49 Casos Para 2010 | 70 MUERTES |
| 6.DISMINUIR LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES Y LAS DISCAPACIDADES | Aumentar Por Encima De 26% Prevalencia Actividad Fisica Global En Adolescentes Entre 13 Y 17 Años | 26% |
| | Aumentar Por Encima De 42.6% Prevalencia En Actividad Fisica Minima En Adultos Entre 18 Y 64 Años | 42.6% |
| | Incrementar Por Encima De 12.7 Años Inicio De Consumo De Cigarrillo Menores De 18 Años | 12.7 AÑOS |
| | Promover Acciones De Diagnostico Temprano De Enfermedad Renal Cronica | |
| | Promover Acciones Preventivas Para Mantener O Reducir La Prevalencia De Limitaciones Evitables | 6.4% |
| 7.MEJORAR LA SITUACION NUTRICIONAL | Reducir A 5% El Porcentaje De Desnutricion Global En Niños Menores De 5 Años | 7% |
| | Reducir Por Debajo De 6.7 Por Cien Mil Tasa De Mortalidad Por Desnutricion Cronica En Menores De 5 Años | 6.7 POR CIEN MIL |
| | Aumentar En Un Mes La Mediana De Duracion De Lactancia Materna Exclusiva | 2.2 MESES |
| 8.MEJORAR LA SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL | Implementar La Politica De Salud Ambiental | POR DESARROLLAR |
| | Ampliar Cobertura De Vigilancia De Calidad De Agua A 100% En Municipios 4, 5 Y 6 | POR DESARROLLAR |
| 9.MEJORAR LA SEGURIDAD EN TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL | Reducir La Tasa De Mortalidad Por Enfermedad Profesional | 11.5 POR CIEN MIL |
| | Reducir La Tasa De Accidentes Ocupacionales | 5.2 POR CIEN MIL |
| 10.FORTALECER LA GESTION PARA EL DESARROLLO OPERATIVO FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA | Crear En El 100% De Los Departamentos,Distritos Y Municipios Un Mecanismo De Coordinacion Y Articulacion De Los Actores Sociales Institucionales Y Comunitarios Para El Logro De Las Politicas Objetivas Y Metas Del Plan Nacional De Salud Publica De Conformidad Con Las Particularidades Etnicas Y Culturales | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|---|--|
| | | |
| | Fortalecer La Regulacion Y Fiscalizacion De Las Acciones De Sen 100% Salud De Los Departamentos,Distritos Y Municipios | |
| | Lograr El Aseguramiento Universal Y La Financiacion Del Pos | |
| | Fortalecer La Gestion Integral En Salud Para La Implementacion Y Desarrollo Del Sistema Obligatorio De Garantia De La Calidad De La Atencion En Salud En El 100% De La Institucion Prestadora De Servicios De Salud | |

Fuente Plan Nacional De Salud Pública 2008-2012, Resolución 1685 De 2011.

1.7. REQUISITOS LEGALES

El Departamento Nacional de Planeación diseñó la metodología de evaluación de desempeño integral, a través de un proceso concertado con los gobiernos departamentales y otras instancias del Gobierno nacional, con el objetivo de medir la capacidad gerencial de gestión de las administraciones locales y de cumplir con lo ordenado por la ley, dentro del marco de la evaluación de la política de descentralización.

La evaluación de desempeño integral consta de cuatro componentes integrados: eficacia, eficiencia, gestión y cumplimiento de requisitos legales. La **eficacia** mide el grado de cumplimiento de las metas establecidas en los planes de desarrollo y los logros alcanzados por el municipio en términos tanto de productos como de resultados, mientras que la **eficiencia** busca determinar si el municipio está optimizando la dotación de recursos humanos, financieros y físicos de los cuales dispone para producir los servicios de salud, educación y agua potable, entre otros.

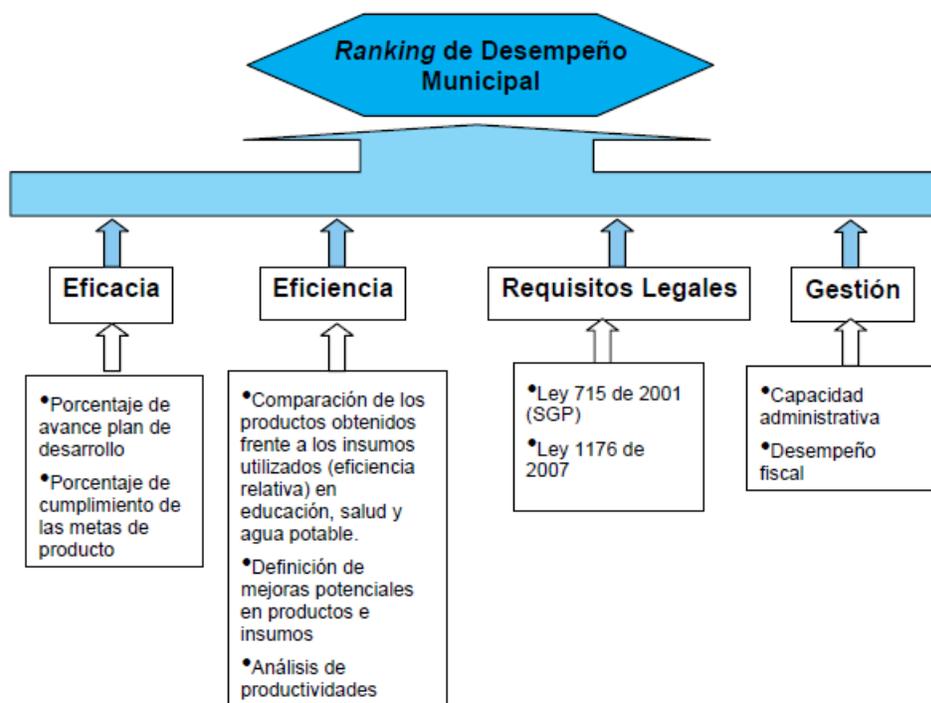


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El **componente de requisitos legales** examina el grado en que los municipios cumplen con los requisitos y condiciones establecidos por las normas legales para la gestión local en los sectores básicos –educación, salud, agua potable, etc.– en el marco de la descentralización y en la destinación de los recursos, correspondiente al Sistema General de Participaciones. Por último, el **componente de gestión** cuantifica el impacto de las variables de la gestión administrativa y financiera. (Ver Grafica 11.)

Grafico 11. Componentes de La Medición del Desempeño Municipal



Fuente: DNP. Metodología de evaluación de desempeño integral

Para medir el cumplimiento de los requisitos legales sobre los recursos ejecutados por el municipio de los dineros provenientes del Sistema General de Participaciones, bajo la norma como es la Ley 715 de 2001, se adelantó el seguimiento a la calificación realizada por el Departamento Nacional de Planeación con el fin de proyectar según su tendencia al Periodo 2012-2015 y



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



establecer las medidas necesarias a ejecutar con el objetivo de mejorar la calificación entregada por este indicador.

Por lo anterior, en cuanto a esta calificación recibida por el municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar) en los años 2005 a 2010 por el Departamento de Planeación Nacional utilizando el indicador de cumplimiento de requisitos legales, el cual como se explicará más adelante pondera el cumplimiento de las normas para la ejecución de los recursos provenientes del SGP, arroja un valor porcentual de 76% a 64.3%, que en conjunto con los otros indicadores que componen el rango de índice integral lo ubican como un municipio en categoría 4. En promedio este indicador en los últimos 6 años sin la inclusión del resultado del año 2011 ha estado en un %. . Ver Tabla 5.

Tabla 5. Evolución y proyección lineal del indicador de requisitos legales del municipio de La Jagua de Ibirico (Cesar)

Periodo 2005 – 2010

| Año | Requisitos Legales (%) |
|------|------------------------|
| 2005 | 76 |
| 2006 | 86.5 |
| 2007 | 71.5 |
| 2008 | 76.5 |
| 2009 | 65.3 |
| 2010 | 64.3 |

Fuente: DNP y grupo de trabajo



CAPITULO II

DIAGNOSTICO ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA JAGUA DE IBIRICO



CARACTERIZACION TERRITORIAL DE LA JAGUA DE IBIRICO



2. CARACTERIZACION TERRITORIAL DE LA JAGUA DE IBIRICO.

2.1. ASPECTOS GENERALES

2.1.1. Identificación Del Municipio

Nombre del Municipio: La Jagua de Ibirico

NIT: 800108683-8

Código DANE: 20400

Gentilicio: Jagüero

Categorización: El municipio se encuentra clasificado en Cuarta categoría

Otros nombres que ha recibido el municipio: Jagua Vieja

2.1.2. Símbolos

ESCUDO

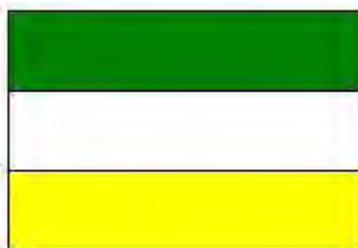


En su parte superior nos muestra el año en que fue fundado el Municipio. El interior está dividido en cuatro partes que nos describen sus principales actividades económicas como son: Agricultura, Ganadería y Explotación Minera.



BANDERA

PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Sus principales fiestas son en honor de la Virgen del Carmen, el 16 de julio y de **San Miguel Arcángel** el 29 de septiembre.

HIMNO

Autor: Ricardo Iguarán

Letra:

Imponente ella se yergue
Su grandeza a demostrar
Ante el mundo enarbolado
Las banderas de la paz

CORO

Pueblo altivo jagua bella
Las corrientes del sororia
Viajan contando tu historia
El nativo que es tu gloria
Lucha y seguirás luchando
Buscando prosperidad

I

Son hermosas tus sabanas
Madre del perejal
Sostiene tu árbol insignia
Jagua fruto tropical
El frescor de tus montañas
Con el verde cafetal
Al campesino reciben
En su diario trajinar

CORO

Pueblo altivo jagua bella...

II

Madre Jagua en tus montañas
Concebiste el mineral
En tus campos nuestra gente
Dignifica su labor



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Eres cuna de poetas | CORO |
| Y tradición musical | Pueblo altivo jagua bella ... |
| Que te adoran con tus versos | |
| Cual noche plenilunar | Imponente ella se yergue |
| | Su grandeza a demostrar |
| CORO | Ante el mundo enarbolado |
| Pueblo altivo jagua bella ... | Las banderas de la paz |
| | |
| III | CORO |
| Un señor de noble stirpe | Pueblo altivo jagua bella |
| De una lejana nación | Las corrientes del sororia |
| Cruzó mares y fronteras | Viajan contando tu historia |
| Y en su nombre te fundó | El nativo que es tu gloria |
| Miguel Román de Iviricus | Lucha y seguirás luchando |
| Tu historia inmortalizó | Buscando prosperidad |
| Junto al negro, junto al indio | |
| Perpetuó la triple unión. | CORO |
| | Pueblo altivo jagua bella... |



2.1.3. Reseña Histórica

FECHA DE FUNDACION: 1771

FUNDADOR (ES): Juan Ramón de Ibirico

El nombre de La Jagua de Ibirico hace mención o tiene relación con dos aspectos diferentes: El primero de ellos, es el nombre de un árbol cuya especie es nativa de las tierras de la región y es muy abundante en las sabanas del entorno de la población y el segundo aspecto, tiene que ver con el apellido del español Juan de Ibirico, fundó la población en el año 1771. Los enfrentamientos con los indígenas fueron necesarios para poder establecer la fundación. Pero fue en el año de 1979 que nació el municipio de "La Jagua de Ibirico" Fue conocido inicialmente con el nombre de el rincón, poblada con indígenas tupes o Coyaima conocido también como Acanayuto en tiempos de la colonia y que hoy después del proceso de persecución y asedio por parte de la sociedad occidental se denomina Yukos o yuppa cuya familia lingüística es la Caribe.

En la actualidad este asentamiento indígena se encuentra localizado en territorio del vecino municipio de Becerril. Perteneció en sus inicio al canto de Valledupar, perteneciente a la provincia de Santa Marta, Departamento del Magdalena cuya capital era Cartagena, de la provincia de Valledupar, condición que mantuvo hasta finales del siglo XX cuando el 21 de diciembre de 1967, nace a la vida Jurídica – administrativa del país el nuevo departamento del Cesar.

Con un precario presupuesto, hecho que se agravó con el incremento de las necesidades básicas de la comunidad, debido al desordenado crecimiento y el acelerado fenómeno inflacionario que se dio a partir de 1980. De ese modo, la categoría de municipio le llegó a La Jagua, encontrándola prácticamente desposeída de los más elementales servicios públicos. Para 1980 empieza la expectativa de la bonanza carbonífera, pero el desarrollo socio-económico



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



propriadamente, solo comienza a partir de 1985, cuando se establece la primera compañía explotadora de carbón, lo cual produce un acelerado y vertiginoso crecimiento de la población urbana, que pasó de 3000 habitantes en 1975 a 7000 en 1985. Este hecho, sumado a la escasez de vivienda para la población flotante, generó la creación de asentamientos subnormales en la periferia urbana y un crecimiento caótico, durante los últimos años de la década de los ochenta y comienzo de los noventa. Tal vez la ilusión de adquirir trabajo rentable y mejorar las condiciones de vida por medio de la explotación minera y las operaciones colaterales derivadas de esta actividad, hicieron que la tasa de crecimiento poblacional se disparara en forma alarmante y ya en 1992 la población llegaba a 12000 habitantes en la cabecera.

De acuerdo con las proyecciones del Censo de 2005, la población municipal era para el 2011 de 22.486 habitantes aunque al parecer la dinámica económica del municipio incrementa esta cifra dado por la gran población flotante. Actualmente y pese a la violencia que azota nuestro país, hoy por hoy, en razón de la operación de los diferentes proyectos carboníferos en explotación, este municipio genera regalías con unas cifras que hasta hace poco, eran de cuantía insospechada; cuya inversión ha cambiado sustancialmente el panorama urbano, mediante realización de obras de gran talante, como plazas, escenarios deportivos, colegios, auditorios públicos, iglesias y pavimentación de calles y bulevares. De ese modo, la economía del municipio es una de las más promisorias del país, debido a potencial minero y agrícola.

En 1973 adquirió la categoría de inspección departamental policía, figura política que le permitió perfilarse como nuevo municipio, condición que alcanzo el 5 de diciembre de 1979 mediante ordenanza 005. En 1987 con el decreto ley 007 el municipio adquiere nuevas funciones orientadas al proceso de descentralización con el que debe asumir su propia autodeterminación y diseñar su propio plan de desarrollo que le permite un mejor posicionamiento a escala nacional, la



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



racionalización y planificación de su condición de municipio fronterizo y dotado de grandes yacimientos carbonífero.

Su primer alcalde por elección fue el Doctor Yesid Arias Clavijo. En 1962 se construye el primer puesto de salud, perteneciendo al Departamento del Magdalena. En 1968 se convierte en centro de salud financiada por el departamento del Cesar, en 1989 asciende a centro materno infantil y mediante acuerdo 008 del 8 de diciembre de 1995 adquiere categoría de Hospital local de primer nivel de atención.

2.1.4. Ubicación Geográfica. La Jagua de Ibirico, Municipio ubicado en el centro del Departamento del Cesar, sobre la cordillera oriental, región Caribe con una extensión territorial de 74.428 hectáreas, que representan aproximadamente el 3.5% del área departamental, a una distancia de 118 Kilómetros de la capital del departamento, Valledupar. (Ver Tabla 6)



Tabla 6. Límites Municipales.

| LIMITES MUNICIPALES | |
|---|------------------------------------|
| NORTE | Municipio de Becerril |
| SUR | Municipio de Chiriguana |
| ESTE | Republica Bolivariana de Venezuela |
| OESTE | Municipio del Paso |
| EXTENSION TOTAL | 728 .93 Km2 |
| EXTENSION AREA URBANA | 123,5 hectáreas |
| ALTITUD DE LA CABECERA MUNICIPAL (metros sobre el nivel del mar) | 150 metros |
| TEMPERATURA MEDIA | La temperatura media es de 28 ° C |

Los valores de temperatura en el área plana oscilan entre los 28 y 32°C; en el área de piedemonte con temperaturas que varían entre 17° y 24°C y la temperatura en la serranía son bajas presentando promedios que varían de 14 a 17°C.

La mayor de su territorio es plano. En la zona de la cordillera oriental están los cerros Ojinegro, Azul y el de Gaviria. Son fuentes de agua son el río Tocuy, el Sororia, y Las Animas. Es un municipio rico en carbón. La explotación se realiza a cielo abierto y la cantidad que se extrae anualmente supera el millón de toneladas. La agricultura es su otro recurso económico.

Presenta un clima tropical muy húmedo y cálido, influenciado por la posición geográfica, con bajos gradientes de temperatura y lluvias escasas; el clima tipo húmedo es característico del municipio; las necesidades de agua en el ámbito anual indican que en la zona plana hay déficit marcado y se considera la zona de moderada a alta la falta de agua en el suelo para la época seca. En la parte media



de los ríos que descienden de la serranía del perija, la clasificación es subhúmedo, con moderado déficit de agua en la época seca.

El análisis de los aspectos hidrográficos del municipio, señala como unidad principal a la cuenca mayor del río Cesar, cuya extensión total es de 23.787 Km². esta cuenca mayor está conformada por cuatro (4) subcuencas o unidades hidrológicas menores: la Subcuenca del río Tucuy, Arroyo Zumbador, Subcuenca del Río Sororia, Cuenca del Arroyo San Antonio, como cuerpos de agua importantes, ya que son los vasos naturales que regulan y equilibran los excesos de agua en los ríos, son nichos ecológicos, refugio de fauna y flora terrestre y acuática de una inmensa significancia económica y ambiental, cabe mencionar la laguna de Mechoacan con 12 hectáreas, localizada en la vereda que lleva el mismo nombre en cercanía del corregimiento de la palmita.

Actualmente, los ríos Sororia y Tucuy, enfrentan un alto riesgo de contaminación, debido a los residuos provenientes de la explotación carbonífera en el área y al uso de sus aguas para cultivos industriales, que usan insumos tóxicos²³.

2.1. 5. Topografía

El municipio está formado por dos tipos de paisajes como son la serranía del perija que corresponde a la parte alta y montañosa hacia el oriente con elevaciones que superan los 2.900 metros sobre el nivel del mar y es la línea fronteriza con Venezuela. El otro paisaje es la planicie del pie de monte en el cual se encuentra localizadas los yacimientos carboníferos.

²³ POT la Jagua de Ibirico



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafica 12. Mapa De Colombia-Ubicación del Departamento del Cesar y el Municipio de La Jagua de Ibirico en el Departamento



Grafico 13. Mapa Político Administrativo del Departamento Del Cesar





2.1.6. División Político Administrativa. El municipio de la Jagua de Ibirico fue segregado del municipio de Chiriguana según ordenanza No 005 del 1979, está constituido por tres corregimientos y 36 veredas que se adjuntan a la respectiva cabecera municipal.

Los tres corregimientos cuya organización social y política se fundamenta en el nombramiento de un corregidor o inspector de policía, para el cumplimiento de las labores administrativas y la participación comunitaria, se sustenta en las juntas de acción comunal y comités de desarrollo social, salud, vivienda y deporte.

Cada corregimiento posee una pequeña zona urbana, con cierto equipamiento social, vías definidas, cobertura de servicios públicos, y cumplen de esta manera, con un mínimo de funciones urbana – rurales. Boquerón, por su escaso nivel de oferta de infraestructura física y equipamiento social comunitario, presenta mayores signos de ruralidad.

En la zona urbana de La Victoria de San Isidro, se distinguen tres (3) barrios: Los Fundadores, Centro y 8 de Marzo, este último de reciente fundación.

El Corregimiento de La Victoria de San Isidro, inicialmente fue habitada por las Tribus Indígenas de los Yucos o Motilones. En 1958 se asentaron en esta zona los hermanos García Mendoza, a quienes se le atribuye la fundación, oriundos del Municipio de La Jagua de Ibirico. A este Corregimiento, inicialmente se le conoció como Sabanas de Novillo. Geográficamente se halla ubicado al norte de la cabecera municipal, limitando con el municipio de Becerril y la República de Venezuela.

La Palmita poblada por inmigrantes de Chiriguaná, El Banco, entre otros, que venían en busca de tierras fértiles y sabanas aptas para el pastoreo, dieron así origen a su fundación. Su nombre es el resultado de la admiración y uso del



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



sombrío de una palma de características especiales ubicada al margen del camino real entre La Jagua de Ibirico y Chiriguaná, sitio de descanso llamado LA PALMITA. Boquerón, fue fundado en 1890 por Pantaleón Mendoza y Antonio Meza Molina, en el sitio denominado LA CIENAGA. En 1952, fue trasladado al sitio donde hoy se encuentra la población, a iniciativa del señor Hermógenes Villalba y Dionisia Mendoza.

2.1.6.1. Zona Rural. Constituida por 1.189 predios, ubicados en 36 veredas, estas divisiones territoriales disponen de cierta organización social representada en Juntas de Acción Comunal y Comités de Desarrollo Social.

Cuadro 1. . División Político Administrativa del Municipio de la Jagua de Ibirico

| CORREGIMIENTOS | | |
|---------------------------|---------------------|----------------|
| La Victoria de San Isidro | | |
| Las palmitas | | |
| Boquerón | | |
| VEREDAS | | |
| Altos de las flores | La Esperanza | Manizales Alto |
| El Zumbador | las Mercedes | Campo Alegre |
| Nueva Granada | El diamante | San Miguel |
| Las Delicias | La Esmeralda | Las Animas |
| Argentina Norte | La conquista | La Union |
| Las Nubes | Guarumito | La Libertad |
| Mechoacan | Salsipuedes Toscano | San isidro |
| Caño Adentro | San Antonio | Las Flores |
| Argentina Sur | BuenosAires | Aracoraima |
| Costarica | El Padro | El Caudaloso |
| Manizales Bajo | El Tolima | Sororia Arriba |
| La Estrella | La trinidad | Sororia Abajo |

Fuente: POT Municipal.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



De acuerdo a la población y recursos fiscales, el municipio de la Jagua de Ibirico está clasificado dentro de la categoría cuarta. La competencia administrativa del municipio está dada por el decreto 1333/86, el artículo 311 de la Constitución Nacional y el Art. 3° de la Ley 136 de 1994, en el marco de los cuales se encuentran definidas las funciones y los servicios asignados.

La estructura organizativa del municipio, está conformada por las secretarías de despacho, otras dependencias, los órganos corporativos y las instancias de control. En general, la administración central requiere modernizar todas las dependencias administrativas, mejorar su logística y la ejecución de los diferentes procesos y procedimientos para el desarrollo adecuado de las actividades administrativas, e implementar nuevos sistemas tecnológicos que contribuyan a la optimización y eficiencia, en cuanto a la logística, la situación más evidente es la carencia de sistemas de computación en la mayoría de las dependencias y la integración armónica de los mismos.

2.1.6.2. Vías de Comunicación.

- a. **Aéreas:** no se tienen
- b. **Terrestres:** De Valledupar se puede llegar por transporte terrestre aproximadamente a 1 hora con 45 minutos por carretera pavimentada, este se puede realizar a través de busetas y taxis que prestan su servicio hasta La Jagua de Ibirico y a los otros municipios aledaños.

Las otras vías de acceso con que cuenta el municipio están dirigidas a los siguientes corregimientos y veredas:

- * Vereda La Conquista
- * Conquista a la Unión
- * Vereda La Libertad



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- * Vereda Las Mercedes
- * Vereda Nueva Granada
- * Vereda El Zumbador
- * Vereda Alto de las Flores
- * Vereda Aracoraima
- * Vereda La Estrella
- * Vereda Guarumito
- * Vereda Sabana de Ibirico
- * Vereda Campo Alegre
- * Corregimiento de Boquerón, pasando por el Pozo Profundo y llegando a la vía Tocuy.
- * Vereda Caño Adentro
- * Vereda Caño Pasjuil
- * Vereda Sororia
- * Vereda Sororia a Manizales Bajo

c. Fluviales: Río Tocuy, Río San Antonio y Río Las Ánimas.

2.1.6.3. Barrios.

| | |
|-------------------|---------------|
| 17 de Febrero | El Centro |
| 20 de Noviembre | El Progreso |
| 5 de Marzo | La Florida |
| Camilo Torres | La Ye |
| Las Malvinas | Los Comuneros |
| Luis Carlos Galán | Nuevo Milenio |
| Ovelio Jiménez | Paraíso |
| San José | Santander |
| Simón Bolívar | Toscano |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.1.6.4. Organización Social

Cuadro 2. Organizaciones Sociales del Municipio

| ADMINISTRACION MUNICIPAL | SI | NO | SOCIALES COMUNITARIAS | Y/O | No |
|---|----|----|-------------------------------------|-----|----|
| Secretaría o Dirección local de salud | X | | Juntas de Acción comunal | | 46 |
| Personería | X | | COPAGOS | | - |
| Procuraduría | | X | Hogares de Bienestar Familiar | | 56 |
| Juzgados Civiles | | X | Veeduría | | 7 |
| Comisaría de Familia | X | | Asociación de usuarios | | 1 |
| Inspección de policía | X | | ONG | | - |
| Registraduría | X | | Defensa civil | | 1 |
| Defensoría del pueblo | X | | Cruz Roja | | - |
| UMATA | | X | Comité de Política Social | | 1 |
| Secretaría de Educación | X | | Red de Apoyo Social | | 1 |
| Secretaría de Planeación | X | | Comité de Vigilancia Epidemiológica | | 1 |
| Instituto de recreación y deportes | | X | Unidad integral para discapacitados | | 1 |
| Juzgado promiscuo | X | | Grupos eclesiales | | 14 |
| Consejo municipal | X | | Centro de Bienestar del Anciano | | 1 |
| Consejo Territorial de planeación | X | | Instituciones Educativas Oficiales | | 4 |
| Junta municipal de Educación JUME | | X | Centros educativos urbanos | | 7 |
| Comité de Desarrollo Municipal – COMUDE | X | | Establecimiento Educativos | | 37 |
| Junta Municipal de Deportes | | X | Entidades bancarias | | 2 |

Fuente: Administración Municipal y Equipo Técnico



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En cuanto a la parte asociativa, en los últimos años se ha venido consolidado una cultura de agremiación para fomentar el desarrollo local a fin de mejorar los ingresos y generar empleo; no obstante, se requiere seguir trabajando esta parte social para dar continuidad al proceso y brindar apoyo a la comunidad organizada para consolidar su carácter empresarial. Se requiere diseñar e implementar procesos de capacitación permanentes enfocados principalmente en la gestión local, elaboración, ejecución y evaluación de proyectos comunitarios que incentiven la participación ciudadana, creando así una cultura hacia a gestión integral de los proyectos a partir de su priorización y planeación.



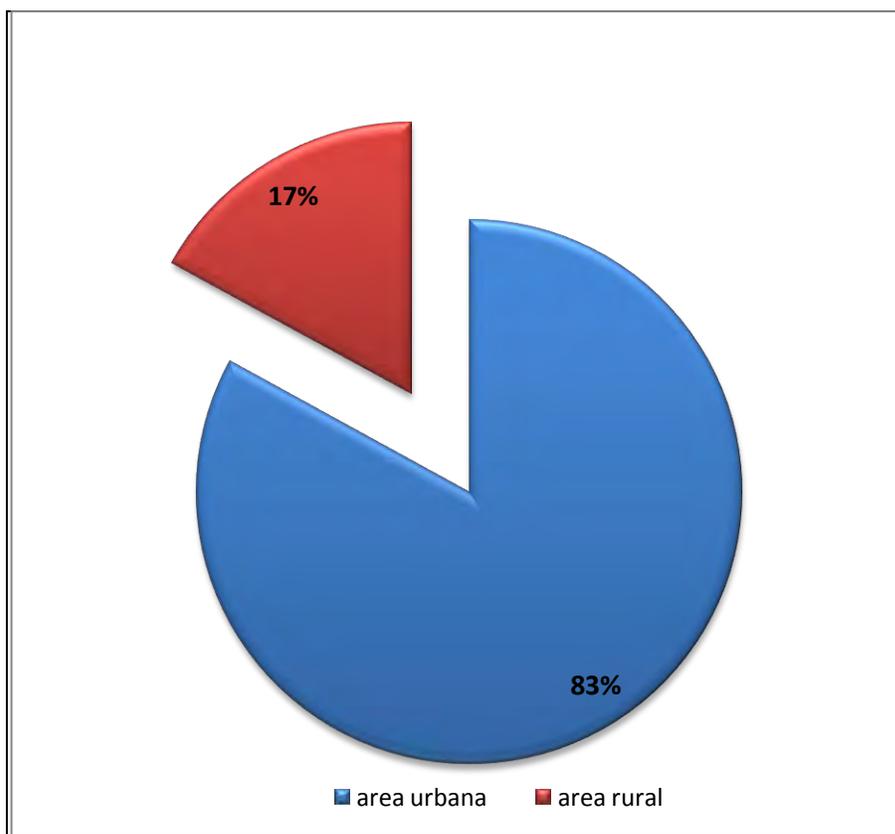
CARACTERIZACION DEMOGRAFICA DE LA JAGUA DE IBIRICO



2.2. CARACTERIZACION DEMOGRAFICA

El municipio de La Jagua de Ibirico, es preponderantemente urbano, en razón a que el 83% de su población (18.451) se radica en las zonas urbanas y el 17% de sus habitantes (3733) en las zonas rurales, alcanzando un total de población de 22.184 según proyección censo DANE 2005. (Grafico 14), la distribución por sexo el 52% corresponde a los hombres y el 48% son mujeres, (ver Grafica 15).

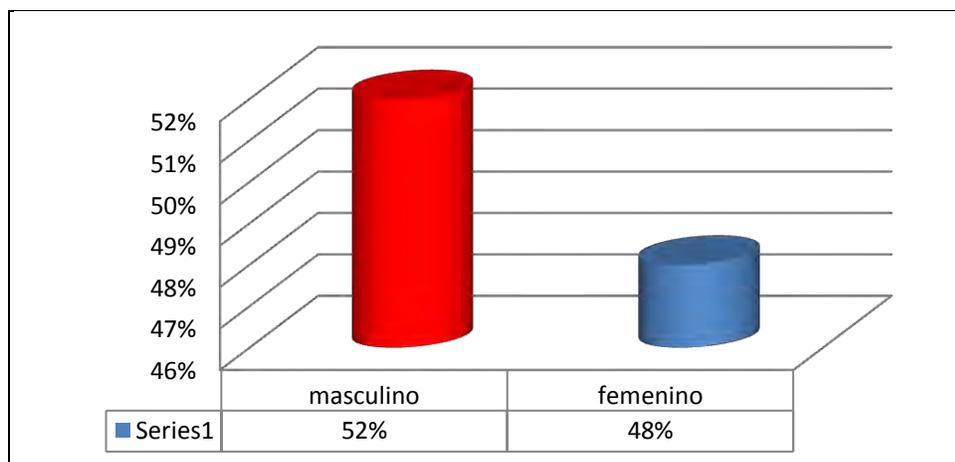
Grafico 14. Distribución Porcentual del Área de Residencia de la Población del municipio de la Jagua de Ibirico, 2011.



Fuente. Proyección Censo DANE 2005



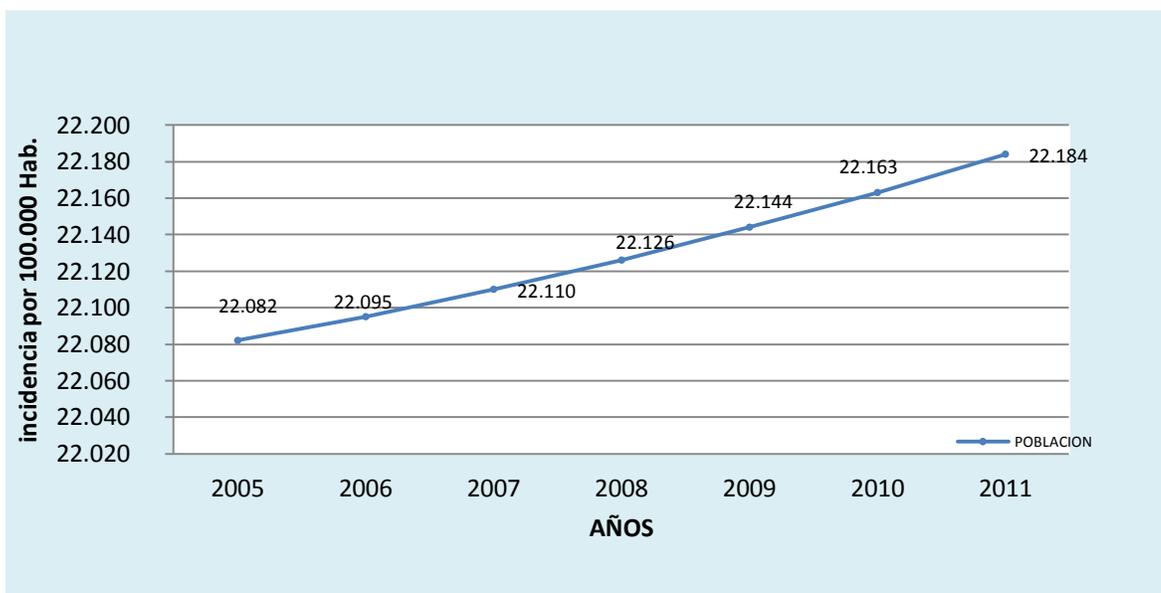
Grafico 15. Distribución Porcentual por Sexo de la Población del municipio de la Jagua de Ibirico, 2011.



Fuente. Proyección Censo DANE 2005

Según la proyección Censo DANE 2005 a 2011, el municipio de la jagua presenta una tasa de crecimiento anual para el 2011 de 0,095%.

Grafico 16. Comportamiento Histórico de la población. Municipio La Jagua de Ibirico Años 2005 – 2011.



Fuente. Proyección Censo DANE 2005



Tabla 7. Comportamiento Histórico de la población. Municipio La Jagua de Ibirico Años 2005 – 2011.

| Censo | Años | Población | Crec. total | Crec. anual | Porcentaje crec. Anual | tasa de crecimiento | TCAA |
|-------|------|-----------|-------------|-------------|------------------------|---------------------|--------|
| 2005 | - | 22.082 | - | - | | | |
| 2006 | 1 | 22.095 | 13 | 13 | 0,059% | 0,059% | 0,059% |
| 2007 | 1 | 22.110 | 15 | 15 | 0,068% | 0,068% | 0,068% |
| 2008 | 1 | 22.126 | 16 | 16 | 0,072% | 0,072% | 0,072% |
| 2009 | 1 | 22.144 | 18 | 18 | 0,081% | 0,081% | 0,081% |
| 2010 | 1 | 22.163 | 19 | 19 | 0,086% | 0,086% | 0,086% |
| 2011 | 1 | 22.184 | 21 | 21 | 0,095% | 0,095% | 0,095% |

Fuente. Proyección Censo DANE 2005

Según la base del SISBEN, el Municipio de La Jagua de Ibirico cuenta con una población de 27.551 habitantes, cuyos datos difieren en 5.367 habitantes según la población DANE para el año 2011. El 49,8 % corresponde al sexo masculino y el 50,1 % al sexo femenino al compararlo con el departamento se observa que en el Departamento como el País predomina el sexo femenino (Departamento masculino 49,9% femenino 50.1% en el País masculino:49%; femenino:51%)²⁴; La razón de masculinidad es de 99 hombres por cada 100 mujeres según población SISBEN, según población DANE hay 107 hombres por cada 100 mujeres, La razón de feminidad es de 100 mujeres por cada 100 hombres según población SISBEN, según población DANE hay 93 mujeres por cada 100 hombres.

La distribución por grupos de edad, es importante para determinar los grupos de edad predominantes y de ésta manera, definir los grupos vulnerables. De igual

²⁴ Ibid. DANE 2005.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



forma, permite identificar diferencias en la fuerza de trabajo, demanda de educación, servicios de salud, preferencia en el consumo y los factores de riesgo.

La edad, es una variable importante en el análisis de la fecundidad y morbi-mortalidad (Tabla N° 8)

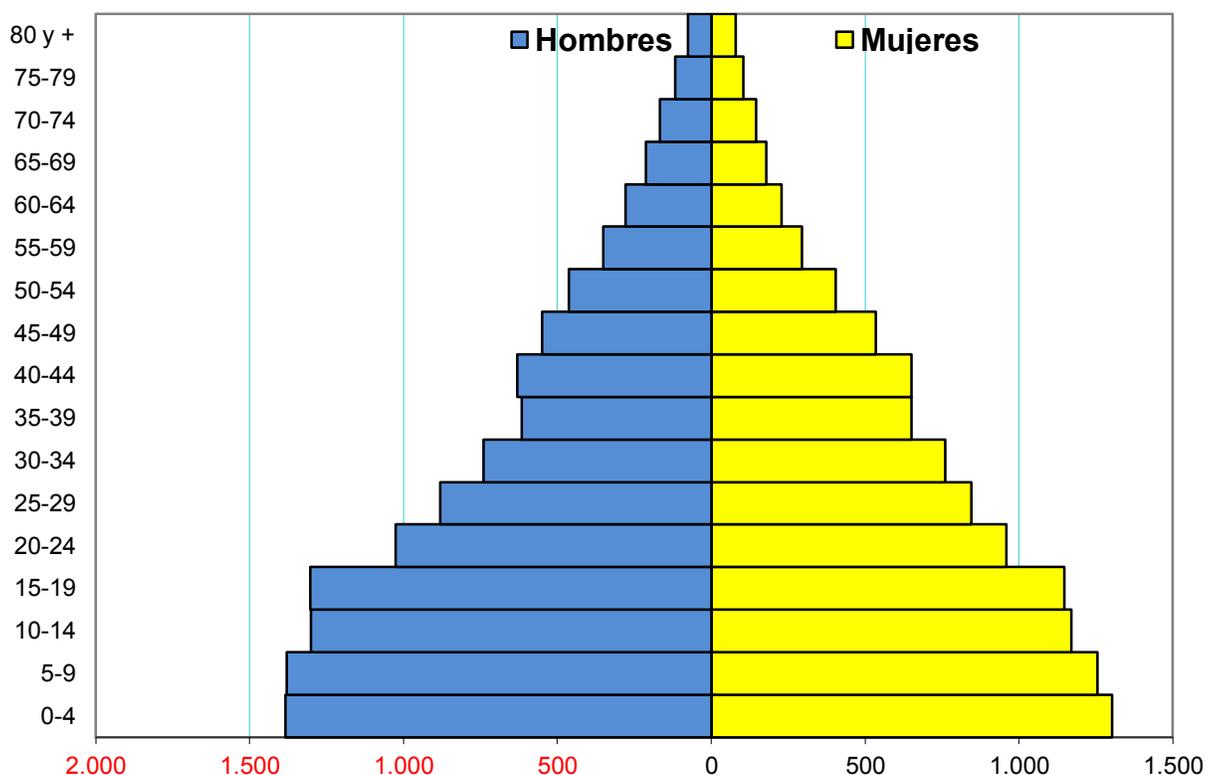
Tabla N° 8. Distribución De La Población Según Grupos De Edad y Sexo, Municipio De La Jagua De Ibirico, 2011

| GRUPO DE EDAD | POBLACION 2011 | | |
|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
| 0-4 | 1.383 | 1.303 | 2.686 |
| 5-9 | 1.379 | 1.256 | 2.635 |
| 10-14 | 1.301 | 1.171 | 2.472 |
| 15-19 | 1.303 | 1.147 | 2.450 |
| 20-24 | 1.026 | 959 | 1.985 |
| 25-29 | 880 | 846 | 1.726 |
| 30-34 | 739 | 760 | 1.499 |
| 35-39 | 616 | 651 | 1.267 |
| 40-44 | 630 | 651 | 1.281 |
| 45-49 | 549 | 535 | 1.084 |
| 50-54 | 462 | 405 | 867 |
| 55-59 | 350 | 294 | 644 |
| 60-64 | 279 | 228 | 507 |
| 65-69 | 213 | 179 | 392 |
| 70-74 | 166 | 145 | 311 |
| 75-79 | 117 | 105 | 222 |
| 80 Y MÁS | 76 | 80 | 156 |
| TOTAL | 11.469 | 10.715 | 22.184 |

Fuente. Proyección Censo DANE 2005



Grafico 17. Pirámide Poblacional. Municipio de la Jagua de Ibirico, 2011.



Fuente: DANE

La pirámide poblacional del Municipio de la Jagua de Ibirico, es progresiva, en este modelo de pirámide se observa una base muy ancha y una cima muy angosta, presenta las características de estar compuesta en un alto porcentaje por población joven, y la distribución es dada por grupos comprendidos dentro del rango de 1 a 19 años representan la base de la pirámide con el 46,2%. Este segmento de población demanda servicios en cuanto a educación, deportes, salud de diversa índole, como jornadas de vacunación y específicamente se requiere mayor atención social, así como el implementar políticas que prevengan su incorporación a la delincuencia, prostitución, al generarse condiciones que los convierten en una población altamente vulnerable.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El rango de la población entre los 20 a los 49 años de edad, representan el 39,9%, considerándose como la población adulta en edad de trabajar y el 14% corresponde a la población entre el rango de los 50 a los 80 años de edad, grupo de la tercera edad.

Al realizar la comparación de los tres indicadores anteriores, se interpreta que el mayor porcentaje de población se encuentra concentrada en los primeros dos grupos, reflejando un equilibrio entre la población comprendida entre un año y los 19 y el otro grupo entre los 20 y los 49 años. El primer grupo corresponde a la edad estudiantil y el segundo a la edad productiva. En cuanto al tercer grupo se hace necesaria la atención en salud y protección social.

Llama la atención que en todos los grupos de edades hay preponderancia masculina, a excepción de los grupos masculinos comprendidos entre las edades de 30 a 44 años, donde se reduce la población masculina, debido probablemente a una mayor mortalidad o desplazamiento por diferentes circunstancias. En general la tendencia es a consolidar una base joven y equilibrada por géneros.

Tabla 10. Características de los Nacidos Vivos en El Municipio De La Jagua De Ibirico, 2009 – 2011

| Años | | 2009 | 2010 | 211 |
|-----------------------------|-----------------------|------------|------------|------------|
| REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL | Contributivo | 15 | 45 | 89 |
| | Subsidiado | 377 | 325 | 285 |
| | No Asegurado | 100 | 121 | 124 |
| | Excepcional | 6 | 10 | 0 |
| | Especial | 16 | 28 | 37 |
| | Total | 514 | 529 | 529 |
| NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE | Primaria Completa | 174 | 184 | 184 |
| | Primaria incompleta | 92 | 135 | 135 |
| | Secundaria Completa | 77 | 138 | 138 |
| | Secundaria incompleta | 104 | 63 | 63 |
| | Univer Completa | 3 | 4 | 4 |
| | Univer Incompleta | 8 | 2 | 2 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|------------------|------------------------------|------------|------------|------------|
| | Ninguno | 25 | 1 | 1 |
| | Sin Información | 31 | 2 | 2 |
| | Total | 514 | 529 | 529 |
| EDAD DE LA MADRE | Adulta > 19 Años | 422 | 349 | 333 |
| | Adolescentes de 10 a 19 Años | 92 | 180 | 196 |
| | Total | 514 | 529 | 529 |
| PESOS EN GRAMOS | <1500 | 3 | 2 | 6 |
| | 1500 - 2500 | 11 | 80 | 51 |
| | >2500 | 500 | 447 | 472 |
| | Total | 514 | 529 | 529 |
| SEXO | Masculino | 251 | 250 | 256 |
| | Femenino | 263 | 279 | 273 |
| | Total | 514 | 529 | 529 |

Fuente: Oficina de estadística, Secretaría de Salud Departamental

En el municipio de La Jagua de Ibirico en el año 2009, nacieron vivos 514 niños para una tasa bruta de natalidad de 22,95 x 1.000 habitantes y una tasa de natalidad por 1.000 mujeres en edad fértil de 92,3. Se presentaron 92 nacimientos entre adolescentes de 10 a 19 años siendo la proporción de partos en adolescentes del 21,8%, y una tasa cruda de natalidad en mujeres de este grupo de edad de 38 x 1.000 (92/2421 adolescentes femeninas).

En el año 2010, nacieron vivos 529 niños para una tasa bruta de natalidad de 23,6 x 1.000 habitantes y una tasa de natalidad por 1.000 mujeres en edad fértil de 94,46. Se presentaron 180 nacimientos entre adolescentes de 10 a 19 años siendo la proporción de partos en adolescentes del 34%, y una tasa cruda de natalidad en mujeres de este grupo de edad de 75,2 x 1.000 (180/2393 adolescentes femeninas), incrementándose en 100% el número de partos en adolescentes. La proporción de niños con bajo peso al nacer fue de 15,50%, superando en un preocupante porcentaje a los nacidos vivos con bajo peso al nacer del año 2009 (2,73%). El 47,25% de los niños fueron del sexo masculino (250/529), el 52,74% del femenino (279/529). El 61,4% (325/529) de las madres pertenecían al régimen subsidiado; el 22,9% (121/529) eran población pobre no



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



asegurada y el 8,5% (45/529) al contributivo. De las 529 madres, solo una era analfabeta.

Para el año 2011, nacieron vivos 529 niños para una tasa bruta de natalidad de 23,8 x 1.000 habitantes y una tasa de natalidad por 1.000 mujeres en edad fértil de 95,3%. Se presentaron 196 nacimientos entre adolescentes de 10 a 19 años siendo la proporción de partos en adolescentes del 37%, y una tasa cruda de natalidad en mujeres de este grupo de edad de 83,4 x 1.000 (196/2350 adolescentes femeninas), incrementándose en 100% el número de partos en adolescentes. La proporción de niños con bajo peso al nacer fue de 10,7%, disminuyendo en comparación con el año anterior. El 48% de los niños fueron del sexo masculino (256/529), el 52% del femenino (273/529). El 54% (285/529) de las madres pertenecían al régimen subsidiado; el 23% (124/529) eran población pobre no asegurada y el 17% (89/529) al contributivo. De las 529 madres, solo una era analfabeta.

Tabla 11. Tasas Globales de Fecundidad y Edad Media de La Fecundidad Cesar-Colombia 2010- 2015

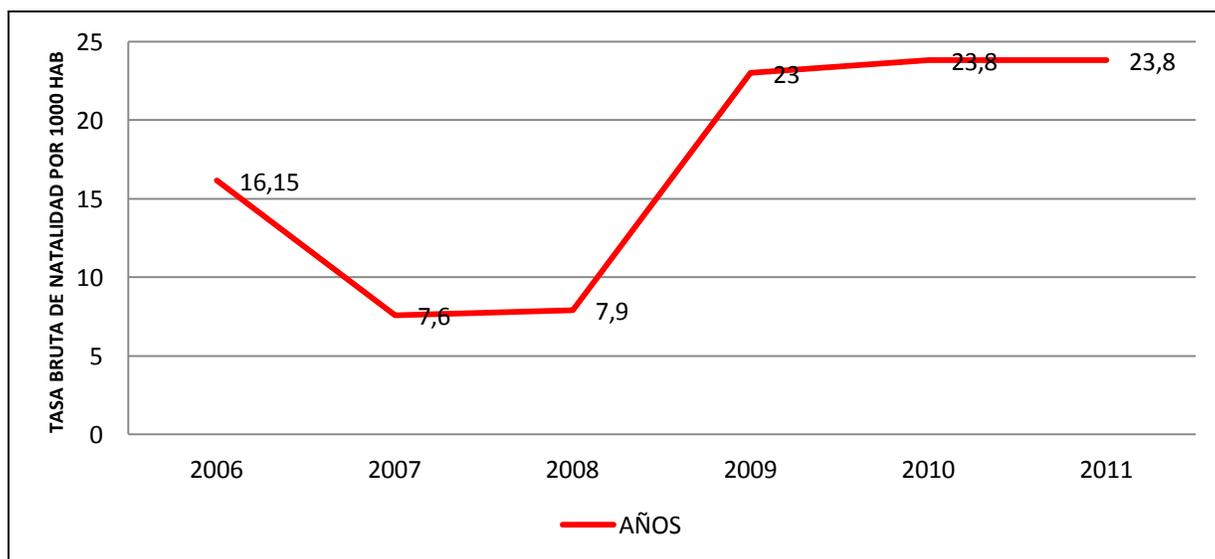
| DEPARTAMENTO | TGF | EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD |
|--------------|------|-----------------------------|
| CESAR | 2,78 | 26,29 |
| COLOMBIA | 2,35 | 27,71 |

Fuente: Elaboración DANE

La tendencia de la Tasa Bruta de Natalidad por 1.000 habitantes según certificados de nacidos vivos en La Jagua de Ibirico desde el año 2006 al 2011, muestra una tendencia al aumento desde el 2009.



Grafico 18. Tendencias De La Tasa Bruta De Natalidad Por 1000 Habitantes Según Certificado De Nacidos Vivos, La Jagua De Ibirico 2006-2011.

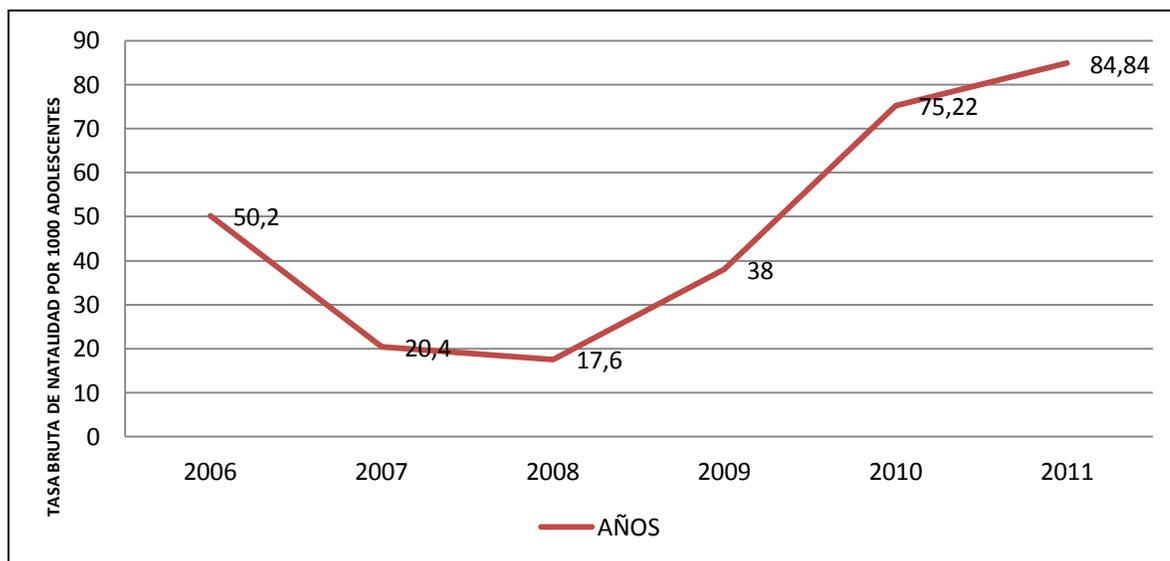


Fuente: Oficina de estadística, Secretaría de Salud Departamental

La tendencia de la Tasa Bruta de Natalidad por 1.000 adolescentes femeninas (10-19 años), según certificados de nacidos vivos en La Jagua de Ibirico desde el año 2006 al 2011, muestra una tendencia a la disminución en los años 2007 y 2008 respecto al 2006, pero nuevamente se incrementa en el 2009, 2010 y Sigue disparándose en el 2011.



Grafico 19. Tendencia de La Tasa de Natalidad por 1000 Adolescentes (Femeninas De 10 - 19 Años) según certificados de Nacidos Vivos, La Jagua De Ibirico 2006 - 2011



Fuente: Oficina de estadística, Secretaría de Salud Departamental

Al comparar la tendencia del Municipio y del Departamento desde los años 2006 al 2009, en cuanto a embarazos en adolescentes, la Tasa bruta de Natalidad en Adolescentes por 1.000, fue menor en el Municipio que en el Departamento durante los años 2007 y 2008, pero en el 2009 el Municipio superó ligeramente al Departamento, lo mismo sucedió con la Tasa Bruta de Natalidad por 1.000 mujeres en Edad Fértil, en el 2010 lo supera por un 19% en los embarazos totales y en 30% en los embarazos en adolescentes y el 2011 xxxxx. De lo anterior hay que deducir que existe un marcado incremento en la natalidad del Municipio que superó en el último año al Departamento y se dio tanto en mujeres en edad fértil como en las adolescentes, pero más preocupante en este último grupo, por lo que se vuelve en este año a llamar la atención respecto a este fenómeno atribuido a deficiencias en un programa integral que busque minimizar los embarazos en adolescentes, por todas las consecuencias que estos acarrearán.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



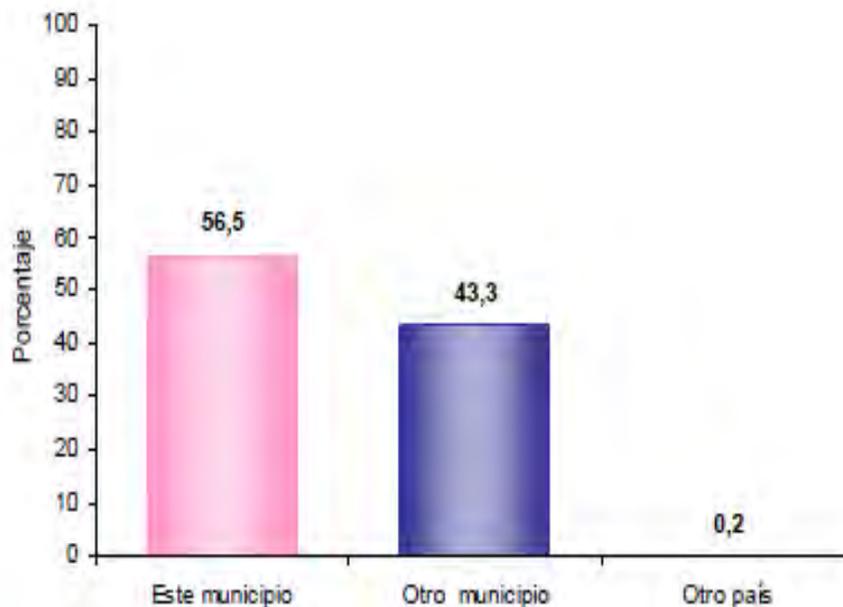
Tabla 12. Distribucion de Embarazos en Adolescentes de Acuerdo a Tasas Brutas de Natalidad por 1000 Habitantes, Tasas Brutas de Natalidad por 1000 Mujeres en Edad Fertil y Tasas Brutas por 1000 Adolescentes Femeninas, La Jagua De Ibirico, Años 2006-2011

| Año | Procedencia | Población | MEF | Adolesc 10-19 Años | NV | NV en Adolesc | TBN x 1000 Hab | TGF X 1000 MEF | Tasa de Fecundidad Adolesc X 1000 Nac. |
|------|---------------------|-----------|--------|--------------------|-------|---------------|----------------|----------------|--|
| 2006 | Cesar | 915923 | 234089 | 101483 | 19899 | 4974 | 21,7 | 85,01 | 49,01 |
| | La Jagua de Ibirico | 22095 | 5409 | 2439 | 366 | 123 | 16,6 | 67,67 | 50,43 |
| 2007 | Cesar | 928.569 | 238159 | 102551 | 20735 | 5185 | 22,3 | 87,06 | 50,56 |
| | La Jagua de Ibirico | 22110 | 5451 | 2431 | 169 | 50 | 7,6 | 31,00 | 20,57 |
| 2008 | Cesar | 941.207 | 242161 | 103527 | 21210 | 5267 | 22,5 | 87,59 | 50,88 |
| | La Jagua de Ibirico | 22126 | 5485 | 2417 | 177 | 43 | 8,0 | 32,27 | 17,79 |
| 2009 | Cesar | 953827 | 246063 | 104285 | 20874 | 3879 | 21,9 | 84,83 | 37,20 |
| | La Jagua de Ibirico | 22144 | 5510 | 2394 | 514 | 92 | 23,2 | 93,28 | 38,43 |
| 2010 | Cesar | 966420 | 249882 | 104122 | 19786 | 5243 | 20,5 | 79,18 | 50,35 |
| | La Jagua de Ibirico | 22163 | 5533 | 2364 | 529 | 180 | 23,9 | 95,61 | 76,14 |
| 2011 | Cesar | 979015 | 307753 | 105022 | 20280 | 5545 | 20,7 | 65,90 | 52,80 |
| | La Jagua de Ibirico | 22184 | 5549 | 2318 | 529 | 196 | 23,8 | 95,33 | 84,56 |

Fuente: Oficina de estadística. Secretaría de Salud Departamental. MEF: Mujeres en Edad Fértil NV: Nacidos Vivos TBN: Tasa Bruta de Natalidad



Grafico 20. Distribución de La Población que Habita La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Lugar de Nacimiento, según Censo Poblacional DANE 2005



Fuente. DANE 2005.

El 43,3% de la población de La Jagua de Ibirico nació en otro municipio, esto se debe a que este grupo de gestantes es remitido al Hospital Regional de San Andrés, Hospital Rosario Pumarejo de López y IPS privadas de la ciudad de Valledupar para manejo por ginecología al presentar algún tipo de complicación o por que la terminación del embarazo sea por cesárea. Esta situación es planteada por el alcalde en su programada de gobierno al desear que sus niños nazcan nuevamente en su municipio, esto lo alcanzara fortaleciendo a la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón, con la consecución de actividades de mediana complejidad que incluiría la atención ginecológica en el municipio de la Jagua de Ibirico y estos puedan nacer nuevamente en el municipio.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 13. Dinámica de la Población, La Jagua de Ibirico-Cesar, Años 2010 - 2011

| INDICADOR | LA JAGUA DE IBIRICO | CESAR |
|--|---------------------|-------|
| TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (NUMERO DE NACIMIENTOS POR 1.000 MEF) : 2010 | 95,60 | 79,18 |
| TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (NUMERO DE NACIMIENTOS POR 1.000 MEF): 2011 | 95,33 | 65,89 |
| TASA BRUTA DE NATALIDAD (NUMERO DE NACIMIENTO POR 1000 HABITANTES): 2010 | 23,86 | 20,47 |
| TASA BRUTA DE NATALIDAD (NUMERO DE NACIMIENTO POR 1000 HABITANTES): 2011 | 23,84 | 20,71 |
| NACIDOS VIVOS 2010 | 529 | 19786 |
| NACIDOS VIVOS 2011 | 529 | 20280 |
| TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR 1000 HABITANTES 2008 | 1,29 | 3,81 |
| TASA BRUTA DE MORTALIDAD X 1000 HABITANTES 2009 | 1,92 | 3,81 |
| TASA BRUTA DE MORTALIDAD X 1000 HABITANTES 2010 | 2,36 | 3,71 |
| NUMERO DE MUERTES EN MENORES DE 1 AÑO 2008 | 8 | 399 |
| NUMERO DE MUERTES EN MENORES DE 1 AÑO 2009 | 4 | 315 |
| NUMERO DE MUERTES EN MENORES DE 1 AÑO 2010 | 2 | 301 |
| TASA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NACIDOS VIVOS 2008 | 45,2 | 18,81 |
| TASA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NACIDOS VIVOS 2009 | 7,8 | 14,96 |
| TASA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NACIDOS VIVOS 2010 | 3,6 | 15,14 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| NUMERO DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS 2008 | 10 | 486 |
| NUMERO DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS 2009 | 5 | 428 |
| NUMERO DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS 2010 | 5 | 346 |
| TASA DE MORTALIDAD X 1.000 MENORES DE 5 AÑOS 2008 | 0,7 | 4,36 |
| TASA DE MORTALIDAD X 1.000 MENORES DE 5 AÑOS 2009 | 1,76 | 3,84 |
| TASA DE MORTALIDAD X 1.000 MENORES DE 5 AÑOS 2010 | 1,8 | 3,12 |
| ESPERANZA DE VIDA AL NACER TOTAL HOMBRES MUJERES | 72,71 69,74 75,85 | 72,71 69,74 75,85 |
| NUMERO DE DESPLAZADOS AÑO 2009 | 58 | 3.322 |
| NUMERO DE DESPLAZADOS AÑO 2010 | 20 | 967 |

Fuente: DANE, Secretaria de Salud Departamental.



CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA DE LA JAGUA DE IBIRICO



2.3. CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA

2.3.1. NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS (NBI)

2.3.1.1. DEFINICION DE NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas): El índice de necesidades básicas insatisfechas identifica la proporción de personas y/o hogares que tienen insatisfecha alguna (una o más) de las necesidades definidas como básicas para subsistir en la sociedad a la cual pertenece el hogar. Capta condiciones de infraestructura y se complementa con indicadores de dependencia económica y asistencia escolar.

- **NBI. Viviendas Inadecuadas:** Expresa las carencias habitacionales en cuanto a las condiciones físicas de las viviendas donde residen los hogares.
- **NBI. Servicios Inadecuados:** Identifica el no acceso a condiciones sanitarias mínimas, hace referencia a servicios públicos.
- **NBI. Hacinamiento Crítico:** Tres o más personas por cuarto, incluyendo sala, comedor y dormitorios y excluyendo cocina, baño y garaje.
- **NBI. Alta Dependencia Económica:** Con más de tres personas dependientes por persona ocupada y que el jefe tenga una escolaridad inferior a tres años.
- **NBI. Con Ausentismo Escolar:** Con al menos un niño entre los 7 y 11 años, pariente del jefe del hogar, que no asisten a un centro educativo.
- **NBI. Miseria:** Aquellas personas u hogares que tienen insatisfechas más de dos necesidades definidas como básicas.

Los resultados para el Cesar no son muy alentadores en materia de pobreza. El índice de necesidades básicas insatisfechas, NBI, muestra que el 44,5% de los hogares del departamento tienen alguna de las necesidades básicas sin satisfacer, mientras que en el país es del 27,3%.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



La Línea de pobreza en el Departamento es del 58,2%; siendo mayor que el promedio Nacional que está en 49,74%.

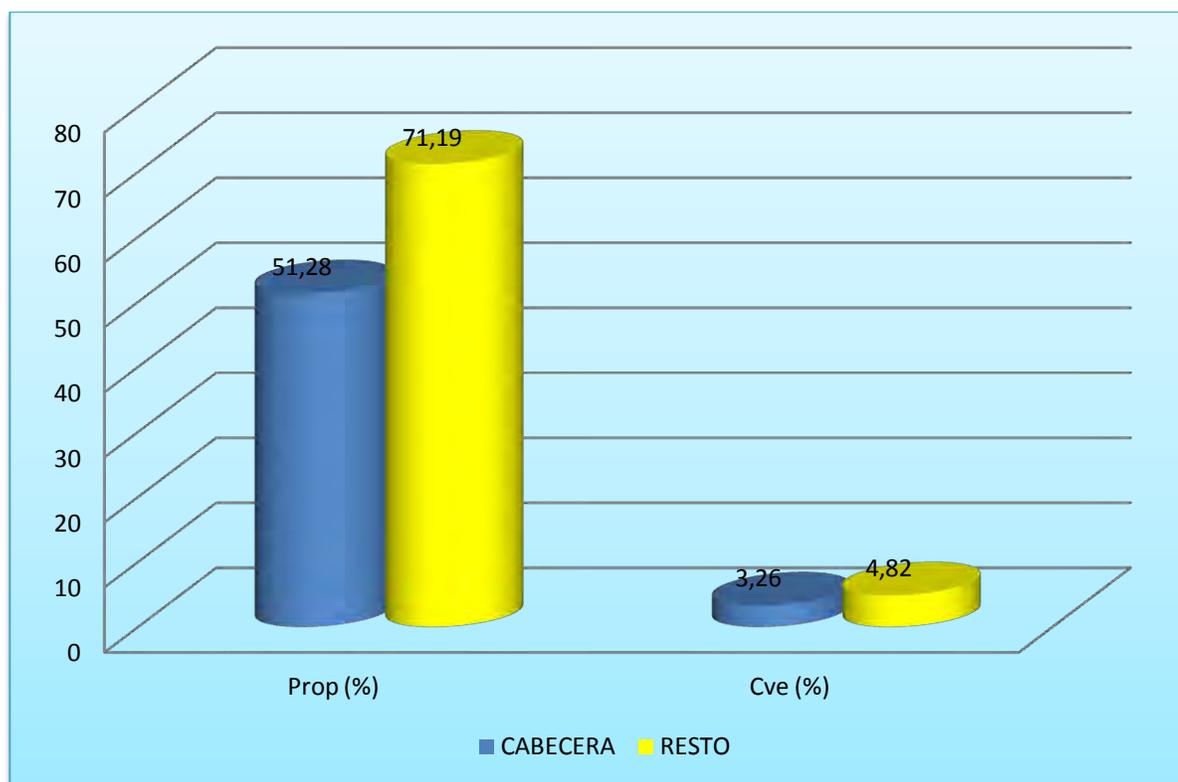
Tabla 14. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por Total, Cabecera y Resto, según Municipios Departamento del Cesar

| CODIGO MUNICIPIO | MUNICIPIO | PERSONAS EN NBI | | | | | |
|------------------|---------------------|-----------------|---------|----------|---------|----------|---------|
| | | CABECERA | | RESTO | | TOTAL | |
| | | PROP (%) | CVE (%) | PROP (%) | CVE (%) | PROP (%) | CVE (%) |
| 001 | VALLEDUPAR | 27,23 | 3,41 | 63,37 | 3,05 | 32,74 | 2,56 |
| 011 | AGUACHICA | 36,03 | 4,52 | 72,85 | 3,93 | 41,9 | 3,44 |
| 013 | AGUSTIN CODAZZI | 43,94 | 4,49 | 70,8 | 4,69 | 51,44 | 3,3 |
| 032 | ASTREA | 62,83 | 2,65 | 78,57 | 4,02 | 70,86 | 2,55 |
| 045 | BECERRIL | 46,16 | 4,85 | 81,51 | 3,02 | 56,51 | 3,08 |
| 060 | BOSCONIA | 49,39 | 2,78 | 57,78 | 3,22 | 50,2 | 2,5 |
| 175 | CHIMICHAGUA | 56,96 | 3,53 | 72,27 | 3,82 | 66,64 | 2,84 |
| 178 | CHIRIGUANA | 46,07 | 4,09 | 65,27 | 5,2 | 53,52 | 3,27 |
| 228 | CURUMANI | 41,46 | 5,41 | 60,76 | 5,96 | 47,89 | 4,01 |
| 238 | EL COPEY | 46,19 | 3,97 | 65,62 | 4,42 | 51,17 | 3,03 |
| 250 | EL PASO | 58,88 | 3,11 | 62,48 | 4,15 | 61,82 | 3,47 |
| 295 | GAMARRA | 43,29 | 3,85 | 59,41 | 3,44 | 50,52 | 2,57 |
| 310 | GONZALEZ | 30,9 | 6,4 | 73,39 | 2,86 | 66,33 | 2,68 |
| 383 | LA GLORIA | 52,46 | 2,35 | 56,32 | 5,93 | 54,77 | 3,77 |
| 400 | LA JAGUA DE IBIRICO | 51,28 | 3,26 | 71,19 | 4,82 | 55,65 | 2,71 |
| 443 | MANAURE | 47,63 | - | 84,21 | - | 55,29 | - |
| 517 | PAILITAS | 44 | 3,49 | 71,95 | 4,62 | 51,27 | 2,78 |
| 550 | PELAYA | 51,84 | 2,78 | 62,95 | 5,7 | 55,36 | 2,72 |
| 570 | PUEBLO BELLO | 48,47 | 3,16 | 94,39 | 0,86 | 83,4 | 0,86 |
| 614 | RIO DE ORO | 20,88 | 5,31 | 68,78 | 3,42 | 49,66 | 2,98 |
| 621 | LA PAZ | 38,69 | 3,9 | 67,19 | 5,15 | 49,34 | 3,24 |
| 710 | SAN ALBERTO | 29,24 | 4,68 | 46,79 | 5,7 | 34,26 | 3,62 |
| 750 | SAN DIEGO | 32,35 | 6,12 | 49,52 | 5,88 | 40,29 | 4,26 |
| 770 | SAN MARTIN | 38,96 | 2,99 | 53,35 | 4,65 | 46,86 | 3,11 |
| 787 | TAMALAMEQUE | 54,5 | - | 65,34 | - | 61,29 | - |

Fuente: Censo General 2005. DANE



Grafico 21. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Por cabecera y Resto, la Jagua de Ibirico.



Fuente: Censo General 2005. DANE 30 de junio 2010

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en el Municipio de La Jagua de Ibirico se discriminan en la cabecera municipal en 51,28% y en el resto municipal en 71,19%, lo que al promediar de acuerdo a población por área se totaliza en 55,65%, ubicando al Municipio en peores condiciones que el promedio Departamental (53,56), siendo superado por 18 municipios que se encuentran con mejores NBI y solamente está mejor que 6 municipios, según Censo General DANE 2005, Estos nos permite analizar que aunque se han realizado unas grandes inversiones por parte del municipio en infraestructura básica y mejoramiento del nivel de vida, esta acción no ha arrojado los resultados esperados y la población se mantiene con un alto índice de necesidades básicas

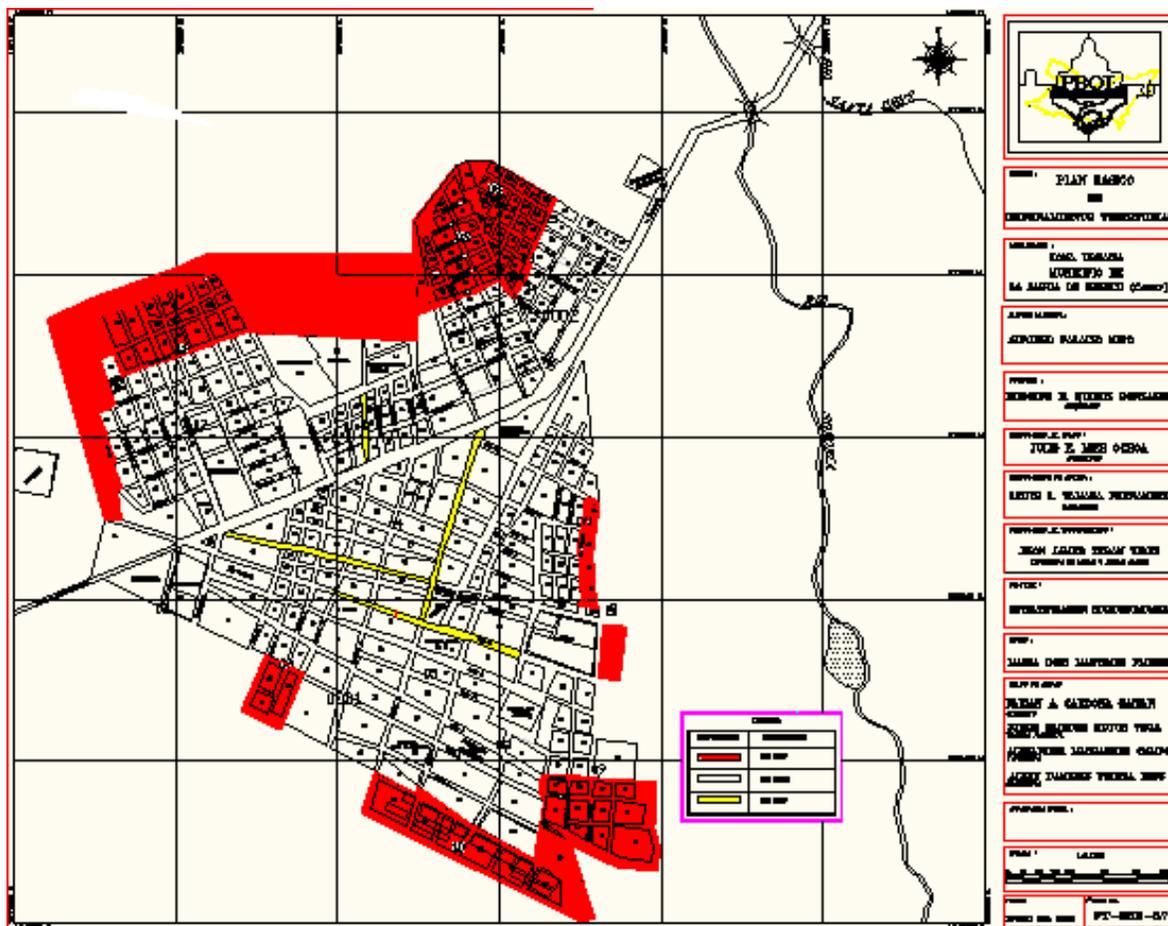


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



no cubiertas, lo que permite establecer que la función social de la nueva administración debe dirigirse prioritariamente a elevar la calidad de vida digna de los habitantes, en especial en la zona rural.

Grafico 22. Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas Municipio de La Jagua De Ibirico – Cesar



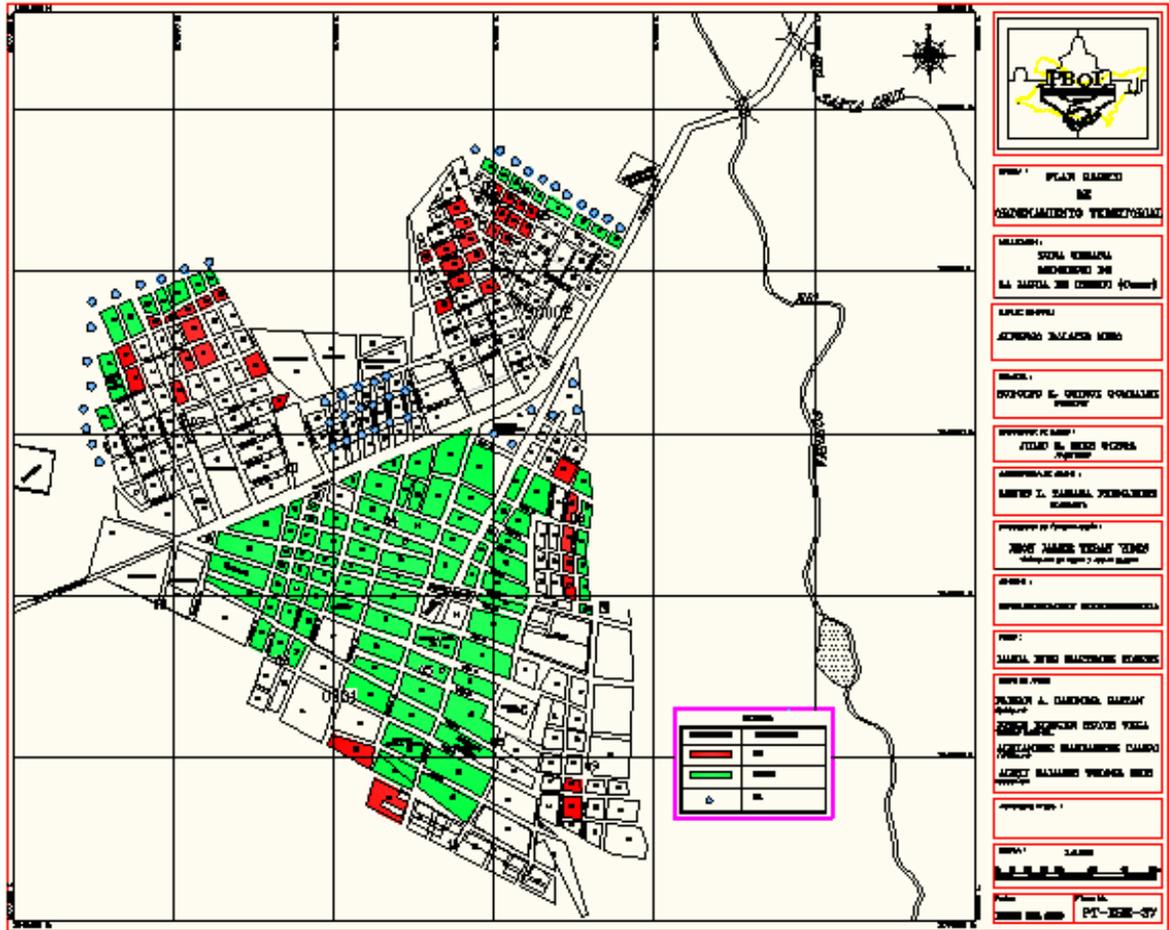
Fuente: Elaborado por el Ingeniero Rafael Andrés Coronel



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 23. Riesgos Biológicos, EDA, IRA, Dengue, Municipio de La Jagua de Ibirico - Cesar



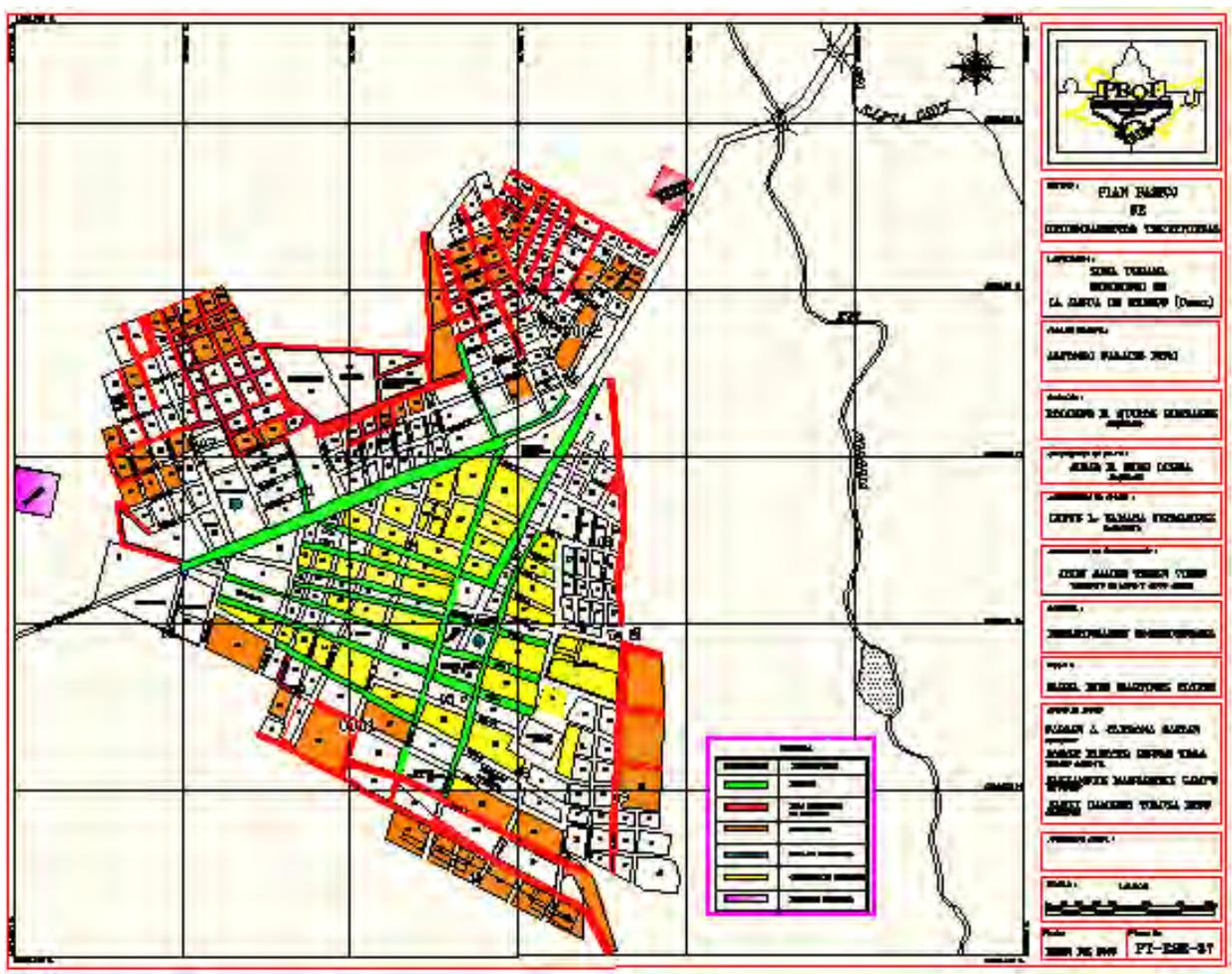
Fuente: plan de ordenamiento territorial



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 24. Factores de Riesgo Biológico Municipio de La Jagua de Ibirico – Cesar



Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial.



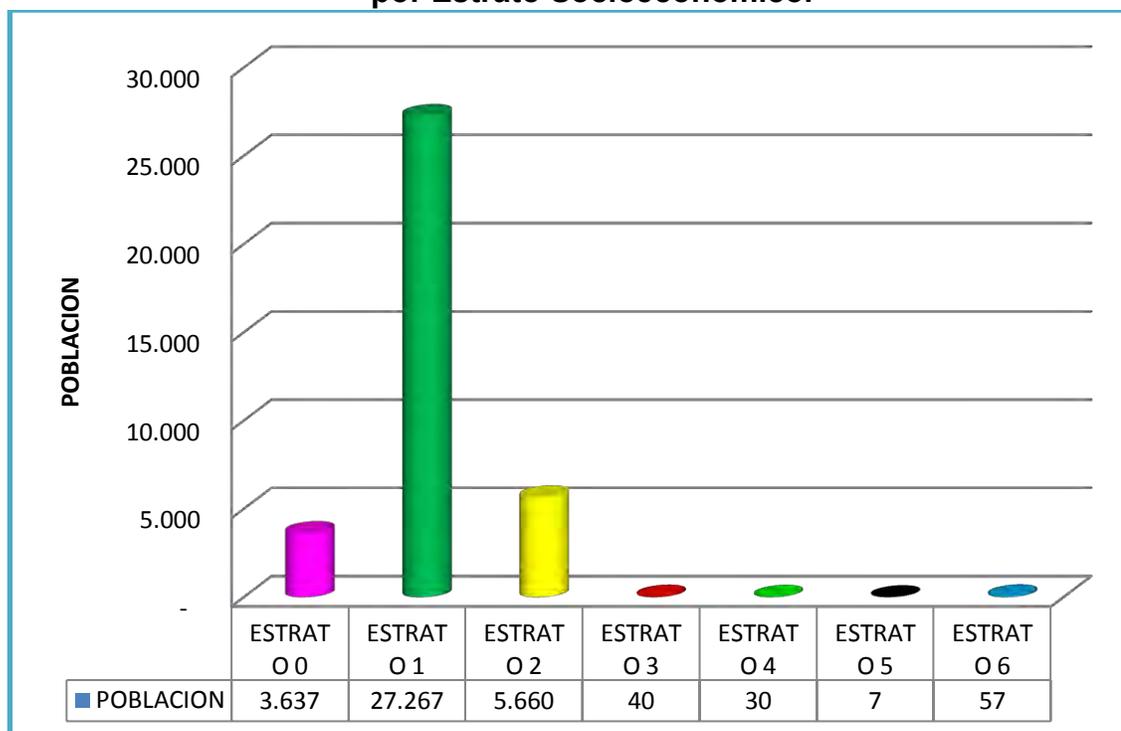
2.3.2. ESTRATIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

Tabla 15. Distribución Porcentual de La Población por Estrato Socioeconómico, según Sexo, Municipio La Jagua De Ibirico

| POBLACION POR ESTRATO | | H | % | M | % | TOTAL | % |
|------------------------------------|---|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| ESTRATO | 0 | 1.977 | 14,38 | 1.660 | 7,23 | 3.637 | 9,91 |
| | 1 | 8.975 | 65,30 | 18.292 | 79,69 | 27.267 | 74,30 |
| | 2 | 2.721 | 19,80 | 2.939 | 12,80 | 5.660 | 15,42 |
| | 3 | 20 | 0,15 | 20 | 0,09 | 40 | 0,11 |
| | 4 | 16 | 0,12 | 14 | 0,06 | 30 | 0,08 |
| | 5 | 4 | 0,03 | 3 | 0,01 | 7 | 0,02 |
| | 6 | 32 | 0,23 | 25 | 0,11 | 57 | 0,16 |
| TOTAL POBLACION POR ESTRATO | | 13.745 | 100,00 | 22.953 | 100,00 | 36698 | 100,0 |

Fuente: SISBEN Municipal 2012, La Jagua de Ibirico

Grafico 26. Distribucion de la Poblacion del municipio de La Jagua de Ibirico por Estrato Socioeconomico.



Fuente: SISBEN Municipal 2012, La Jagua de Ibirico



La estratificación socioeconómica es una herramienta que permite en una localidad, municipio o distrito, clasificar la población en grupos de personas que tienen características sociales y económicas parecidas (estratos). Colombia, como otros, varios países latinoamericanos, es el país de los estratos. Un estrato socioeconómico es una capa o un nivel social. En la realidad existen 7 estratos.

El municipio de El Jagua de Ibirico clasifica su población en siete estratos. La estratificación decide los precios de los servicios públicos, es decir de la facturación y define el costo de agua, gas, electricidad y teléfono.

2.3.2.1. Clasificación de Los Estratos. Los estratos en el municipio de La Jagua de Ibirico como en el resto del país, generalmente permiten clasificar el nivel socioeconómico de acuerdo con las características externas de la vivienda, el contexto urbanístico y las características del entorno cercano de la vivienda, así:

- **Estrato Cero**, abarca toda esta parte de la sociedad colombiana que vive en las condiciones de una pobreza extrema, que no cuenta con la casa ni con la alimentación, ni con el seguro social.
- **Estrato Uno**, corresponde generalmente con nivel socioeconómico **Bajo-bajo**.
- **Estrato Dos**, corresponde generalmente con nivel socioeconómico **Bajo**.
- **Estrato Tres**, corresponde generalmente con nivel socioeconómico **Medio-bajo**.
- **Estrato Cuatro**, corresponde generalmente con nivel socioeconómico **Medio**.
- **Estrato Cinco**, corresponde generalmente con nivel socioeconómico **Medio-alto**.
- **Estrato Seis**, corresponde generalmente con nivel socioeconómico **Alto**.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

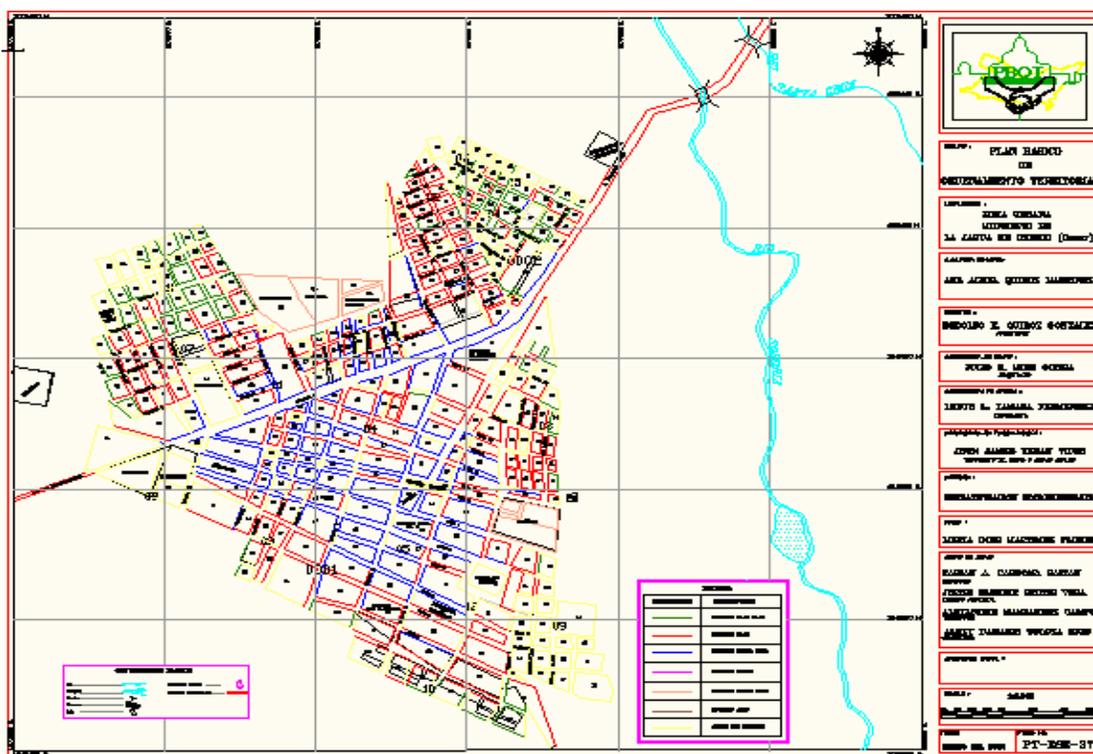


2.3.2.2. Criterios para Estratificar. Por observación directa se analizan, según el tipo de metodología empleada, los siguientes aspectos:

- ✓ Características físicas externas de las viviendas: material de fachadas, puertas y ventanas, garajes y antejardines.
- ✓ Contexto urbanístico: zona de ubicación del predio y servicios públicos.
- ✓ Características del entorno inmediato: vías de acceso, andenes y focos de contaminación entre otros.

Es importante observar que el municipio de la Jagua de Ibirico el 9,9% de la población viven en condiciones de precariedad extrema, estos estratos 0 son los más golpeados por la inseguridad alimentaria, nutricional y social.

Grafico N° 27. Estratificación Urbano, La Jagua de Ibirico- Cesar, 2011



Fuente: Esquema de Ordenamiento Territorial Municipal



2.3.3. Población por Clasificación de SISBEN. SISBEN quiere decir Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los programas sociales. Es una encuesta que sirve para identificar y clasificar a las personas que no pueden cubrir sus necesidades básicas para que el estado pueda darles derechos fundamentales, subsidios que les permitan tener vivienda, educación y salud, entre otros.

A su familia se le entrega un carné del SISBÉN que la identifica como nivel 1, 2 ó 3. Según el sistema de selección de beneficiarios (SISBEN) de nuestro municipio hay un porcentaje alto de la población en el nivel I (33,85%) seguido de la población en nivel II con el (32,57%). (Ver tabla 16).

Esto nos dice que la gran mayoría de la población de nuestro municipio está en el rango que es primordial para acceder a los beneficios del gasto social ejecutados por el ente territorial, como son el régimen subsidiado en salud, Familias en acción, Subsidios de viviendas de interés social, protección social al adulto – PPSAM entre otros.

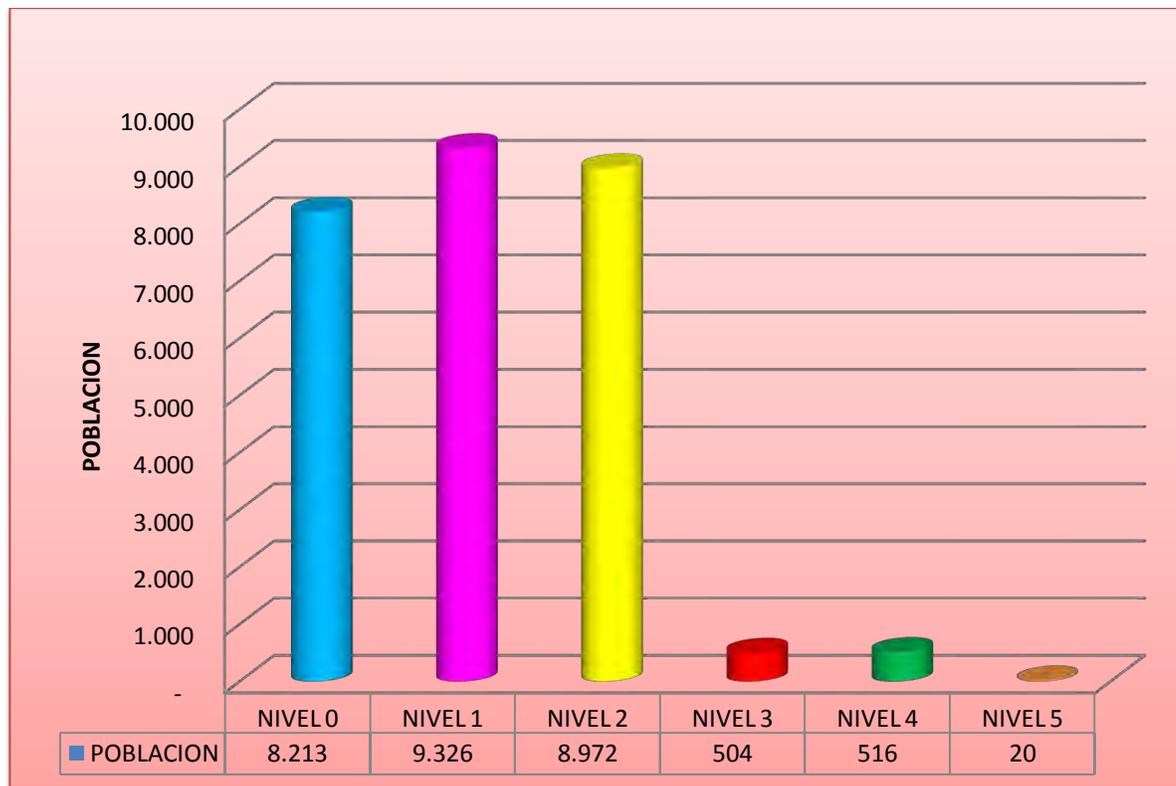
Tabla 16. Distribución Porcentual de La Población por Clasificación SISBEN, según Sexo, Municipio La Jagua De Ibirico.

| POBLACION POR NIVELES | | H | % | M | % | TOTAL | % |
|---------------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| NIVELES | 0 | 4.246 | 30,89 | 3.967 | 28,73 | 8.213 | 29,81 |
| | 1 | 4.762 | 34,65 | 4.564 | 33,06 | 9.326 | 33,85 |
| | 2 | 4.331 | 31,51 | 4.641 | 33,62 | 8.972 | 32,57 |
| | 3 | 188 | 1,37 | 316 | 2,29 | 504 | 1,83 |
| | 4 | 215 | 1,56 | 301 | 2,18 | 516 | 1,87 |
| | 5 | 3 | 0,02 | 17 | 0,12 | 20 | 0,07 |
| TOTAL POBLACION POR NIVEL | | 13.745 | 100,00 | 13.806 | 100,00 | 27.551 | 100,00 |

Fuente: SISBEN Municipal 2012, La Jagua de Ibirico



Grafico 28. Distribución de La Población por Clasificación de SISBEN, Municipio La Jagua De Ibirico.



Fuente: SISBEN Municipal 2012, La Jagua de Ibirico

2.3.4. Población Desplazada. En el Departamento, según cifras reportadas por Acción Social desde el año 2000 al 2011 se han desplazado 172.138 personas pertenecientes a 35.090 hogares de los municipios del Cesar y se recibieron como desplazados a 148.041 personas de 29.147 hogares, siendo en su mayoría desplazamientos internos, o sea, migrando a otros municipios del Departamento. El municipio de La Jagua de Ibirico durante el lapso desde 2000 al 2011 expulsó a 9.664 personas, pertenecientes a 2008 hogares y el número de personas recibidas fue de 4191 personas integrantes de 940 hogares.

El Municipio en el 2011 expulsó a 20 personas integrantes de 4 hogares y recibió 40 personas constituyentes de 12 hogares.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 17. Número de Hogares y Personas Desplazadas según Municipio Expulsor, Cesar Años 2000 – 2011

| Municipio expulsor | AÑO DE DESPLAZAMIENTO O DE EXPULSION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
| | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas |
| AGUACHICA | 116 | 479 | 197 | 949 | 217 | 1056 | 122 | 510 | 196 | 856 | 233 | 1100 | 192 | 824 | 297 | 1341 | 202 | 853 | 132 | 507 | 34 | 127 | 27 | 91 |
| AGUSTÍN CODAZZI | 251 | 1272 | 925 | 5017 | 754 | 3825 | 707 | 3515 | 713 | 3338 | 530 | 2479 | 439 | 2207 | 337 | 1660 | 146 | 605 | 47 | 181 | 11 | 35 | 8 | 23 |
| ASTREA | 219 | 1019 | 69 | 346 | 73 | 417 | 55 | 237 | 52 | 174 | 52 | 241 | 44 | 207 | 99 | 439 | 27 | 123 | 12 | 60 | 2 | 7 | 3 | 11 |
| BECCERRIL | 93 | 415 | 165 | 902 | 414 | 2092 | 327 | 1530 | 178 | 821 | 138 | 620 | 77 | 354 | 92 | 447 | 38 | 151 | 14 | 49 | 0 | 0 | 2 | 6 |
| BOSCONIA | 58 | 323 | 113 | 578 | 161 | 837 | 203 | 1158 | 127 | 500 | 104 | 433 | 87 | 440 | 88 | 412 | 45 | 240 | 11 | 44 | 4 | 16 | 1 | 4 |
| CHIMICHAGUA | 65 | 348 | 83 | 466 | 66 | 371 | 54 | 261 | 61 | 228 | 73 | 346 | 66 | 316 | 82 | 411 | 43 | 195 | 44 | 195 | 16 | 58 | 9 | 44 |
| CHIRIGUANÁ | 81 | 480 | 221 | 1278 | 337 | 1666 | 96 | 502 | 73 | 300 | 76 | 357 | 59 | 272 | 58 | 264 | 51 | 241 | 11 | 49 | 2 | 10 | 6 | 14 |
| CURUMANÍ | 111 | 617 | 235 | 1251 | 358 | 1851 | 332 | 1623 | 268 | 1275 | 356 | 1673 | 207 | 974 | 143 | 627 | 89 | 405 | 40 | 138 | 12 | 38 | 7 | 23 |
| EL COPEY | 183 | 911 | 296 | 1685 | 311 | 1719 | 548 | 2850 | 308 | 1474 | 207 | 923 | 149 | 725 | 124 | 535 | 59 | 227 | 17 | 49 | 2 | 15 | 5 | 13 |
| EL PASO | 35 | 186 | 57 | 330 | 44 | 220 | 24 | 127 | 26 | 108 | 40 | 209 | 27 | 124 | 40 | 200 | 22 | 110 | 14 | 58 | 3 | 8 | 3 | 13 |
| GAMARRA | 3 | 16 | 19 | 127 | 22 | 108 | 17 | 72 | 17 | 91 | 30 | 151 | 31 | 107 | 37 | 162 | 29 | 93 | 12 | 40 | 6 | 22 | 3 | 10 |
| GONZÁLEZ | 1 | 6 | 3 | 15 | 6 | 26 | 1 | 1 | 4 | 19 | 6 | 24 | 7 | 25 | 10 | 41 | 5 | 29 | 4 | 19 | 1 | 4 | 2 | 13 |
| LA GLORIA | 18 | 72 | 36 | 169 | 102 | 495 | 40 | 170 | 71 | 269 | 39 | 165 | 34 | 144 | 51 | 224 | 57 | 237 | 12 | 38 | 8 | 30 | 2 | 12 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 71 | 328 | 111 | 571 | 504 | 2558 | 372 | 1784 | 272 | 1223 | 389 | 1884 | 126 | 609 | 108 | 479 | 29 | 130 | 15 | 58 | 7 | 20 | 4 | 20 |
| LA PAZ | 141 | 592 | 69 | 345 | 106 | 554 | 128 | 670 | 170 | 790 | 166 | 819 | 227 | 1149 | 204 | 959 | 107 | 475 | 23 | 85 | 5 | 22 | 0 | 0 |
| MANAURE | 13 | 70 | 18 | 83 | 28 | 137 | 26 | 121 | 65 | 320 | 53 | 219 | 131 | 589 | 42 | 199 | 18 | 74 | 8 | 27 | 1 | 4 | 1 | 4 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----|------|-----|------|------|------|------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|-----|----|-----|----|-----|
| PAILITAS | 41 | 195 | 270 | 1406 | 420 | 2121 | 129 | 555 | 235 | 1129 | 140 | 569 | 77 | 326 | 74 | 299 | 42 | 183 | 25 | 87 | 8 | 32 | 7 | 19 |
| PELAYA | 50 | 238 | 123 | 619 | 192 | 1056 | 65 | 363 | 192 | 966 | 92 | 407 | 76 | 353 | 75 | 305 | 154 | 661 | 34 | 132 | 7 | 28 | 13 | 48 |
| PUEBLO BELLO | 62 | 316 | 54 | 306 | 163 | 919 | 213 | 1145 | 320 | 1620 | 128 | 615 | 105 | 531 | 88 | 475 | 64 | 344 | 42 | 200 | 6 | 20 | 2 | 4 |
| RÍO DE ORO | 8 | 36 | 11 | 77 | 12 | 60 | 8 | 47 | 15 | 63 | 19 | 85 | 13 | 59 | 11 | 60 | 11 | 56 | 8 | 29 | 6 | 29 | 5 | 20 |
| SAN ALBERTO | 34 | 189 | 79 | 427 | 65 | 294 | 37 | 168 | 32 | 147 | 57 | 243 | 49 | 197 | 74 | 307 | 84 | 297 | 56 | 221 | 27 | 101 | 8 | 25 |
| SAN DIEGO | 186 | 986 | 326 | 1614 | 117 | 596 | 119 | 578 | 149 | 776 | 111 | 491 | 107 | 462 | 72 | 316 | 31 | 130 | 20 | 75 | 3 | 15 | 2 | 7 |
| SAN MARTÍN | 10 | 47 | 27 | 156 | 42 | 173 | 19 | 54 | 22 | 103 | 33 | 154 | 46 | 198 | 54 | 250 | 53 | 224 | 47 | 170 | 18 | 61 | 4 | 9 |
| TAMALAMEQUE | 10 | 61 | 17 | 84 | 23 | 120 | 13 | 59 | 14 | 90 | 19 | 88 | 29 | 157 | 34 | 168 | 19 | 83 | 10 | 39 | 6 | 33 | 3 | 14 |
| VALLEDUPAR | 666 | 3634 | 919 | 5259 | 1808 | 9929 | 1135 | 6069 | 752 | 3518 | 636 | 3075 | 490 | 2374 | 553 | 2578 | 489 | 2365 | 179 | 772 | 63 | 232 | 49 | 157 |

Fuente: Acción Social, Departamento del Cesar

Tabla 18. Número de Personas Desplazadas según Municipio Receptor Cesar Años 2000 – 2011

| Municipio Receptor | AÑO DE LLEGADA O ARRIBO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|
| | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas | Hogares | Personas |
| AGUACHICA | 117 | 481 | 128 | 654 | 209 | 1.045 | 219 | 1.088 | 190 | 850 | 184 | 883 | 190 | 789 | 230 | 1.034 | 145 | 558 | 105 | 388 | 115 | 433 | 78 | 232 |
| AGUSTÍN CODAZZI | 134 | 660 | 371 | 2.048 | 304 | 1.550 | 423 | 2.182 | 450 | 2.184 | 251 | 1.191 | 360 | 1.775 | 328 | 1.708 | 85 | 387 | 46 | 137 | 34 | 120 | 8 | 25 |
| ASTREA | 20 | 84 | 6 | 17 | 15 | 61 | 6 | 23 | 12 | 46 | 11 | 48 | 12 | 65 | 72 | 296 | 8 | 23 | 1 | 3 | 3 | 9 | 0 | 0 |
| BECCERRIL | 48 | 244 | 94 | 515 | 206 | 986 | 155 | 706 | 97 | 453 | 70 | 353 | 62 | 284 | 66 | 321 | 36 | 162 | 38 | 157 | 31 | 105 | 9 | 41 |
| BOSCONIA | 63 | 327 | 53 | 265 | 89 | 474 | 230 | 1.314 | 158 | 800 | 202 | 956 | 136 | 680 | 164 | 830 | 52 | 234 | 23 | 100 | 18 | 77 | 8 | 25 |
| CHIMICHAGUA | 41 | 197 | 19 | 114 | 12 | 79 | 11 | 43 | 23 | 106 | 17 | 90 | 17 | 86 | 22 | 96 | 9 | 30 | 8 | 31 | 4 | 15 | 0 | 0 |

OPORTUNIDAD PARA TODOS



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-----|----|-----|
| CHIRIGUANÁ | 54 | 433 | 80 | 450 | 182 | 972 | 46 | 219 | 29 | 129 | 36 | 190 | 45 | 203 | 39 | 218 | 39 | 212 | 20 | 77 | 25 | 106 | 11 | 36 |
| CURUMANÍ | 39 | 208 | 35 | 171 | 97 | 462 | 234 | 1.056 | 192 | 906 | 176 | 833 | 101 | 445 | 48 | 260 | 37 | 157 | 30 | 108 | 24 | 88 | 9 | 42 |
| EL COPEY | 25 | 110 | 40 | 222 | 59 | 362 | 259 | 1.468 | 107 | 605 | 60 | 289 | 14 | 56 | 19 | 69 | 10 | 45 | 6 | 26 | 4 | 8 | 0 | 0 |
| EL PASO | 42 | 127 | 14 | 67 | 20 | 71 | 13 | 56 | 37 | 164 | 22 | 111 | 20 | 95 | 29 | 112 | 19 | 99 | 9 | 34 | 7 | 29 | 2 | 2 |
| GAMARRA | 4 | 17 | 7 | 32 | 4 | 26 | 5 | 23 | 11 | 51 | 16 | 71 | 19 | 80 | 11 | 53 | 6 | 21 | 5 | 18 | 3 | 11 | 4 | 24 |
| GONZÁLEZ | 4 | 24 | 3 | 12 | 14 | 57 | 5 | 24 | 6 | 33 | 5 | 21 | 5 | 19 | 4 | 15 | 2 | 7 | 3 | 11 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| LA GLORIA | 16 | 50 | 22 | 93 | 37 | 148 | 15 | 49 | 29 | 116 | 18 | 64 | 15 | 52 | 22 | 94 | 34 | 124 | 8 | 25 | 7 | 21 | 0 | 0 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 23 | 106 | 35 | 201 | 138 | 660 | 160 | 751 | 106 | 500 | 195 | 904 | 53 | 211 | 71 | 258 | 55 | 221 | 42 | 169 | 50 | 170 | 12 | 40 |
| LA PAZ | 162 | 766 | 76 | 377 | 57 | 309 | 22 | 106 | 41 | 229 | 53 | 224 | 124 | 632 | 172 | 822 | 83 | 351 | 32 | 126 | 30 | 139 | 4 | 20 |
| MANAURE | 72 | 399 | 51 | 289 | 57 | 243 | 79 | 386 | 82 | 377 | 41 | 179 | 110 | 470 | 41 | 186 | 25 | 97 | 11 | 51 | 8 | 34 | 2 | 9 |
| PAILITAS | 16 | 65 | 122 | 600 | 316 | 1.664 | 59 | 290 | 138 | 698 | 68 | 299 | 50 | 214 | 39 | 170 | 38 | 174 | 19 | 77 | 10 | 35 | 5 | 18 |
| PELAYA | 45 | 235 | 43 | 191 | 134 | 713 | 44 | 226 | 155 | 778 | 28 | 131 | 24 | 117 | 39 | 179 | 107 | 459 | 21 | 84 | 23 | 89 | 8 | 30 |
| PUEBLO BELLO | 39 | 198 | 48 | 277 | 84 | 440 | 96 | 557 | 141 | 733 | 49 | 237 | 52 | 303 | 34 | 167 | 22 | 93 | 12 | 31 | 10 | 40 | 2 | 9 |
| RÍO DE ORO | 6 | 34 | 11 | 58 | 14 | 62 | 3 | 27 | 17 | 66 | 25 | 99 | 17 | 71 | 17 | 81 | 5 | 31 | 11 | 51 | 2 | 4 | 2 | 12 |
| SAN ALBERTO | 6 | 12 | 4 | 21 | 2 | 7 | 6 | 11 | 17 | 85 | 7 | 33 | 15 | 75 | 11 | 53 | 14 | 60 | 19 | 62 | 12 | 43 | 5 | 11 |
| SAN DIEGO | 185 | 924 | 242 | 1.193 | 83 | 440 | 71 | 349 | 99 | 497 | 121 | 623 | 35 | 182 | 43 | 212 | 20 | 100 | 12 | 51 | 8 | 24 | 4 | 18 |
| SAN MARTÍN | 3 | 13 | 12 | 58 | 23 | 92 | 9 | 40 | 20 | 91 | 37 | 187 | 39 | 208 | 47 | 209 | 22 | 86 | 12 | 38 | 14 | 43 | 1 | 4 |
| TAMALAMEQUE | 14 | 77 | 7 | 33 | 9 | 41 | 7 | 36 | 3 | 12 | 12 | 57 | 19 | 106 | 16 | 79 | 7 | 44 | 3 | 17 | 2 | 6 | 0 | 0 |
| VALLEDUPAR | 1.390 | 8.478 | 1.794 | 10.749 | 2.602 | 14.894 | 1.706 | 9.356 | 1.067 | 5.469 | 1.193 | 5.981 | 869 | 4.257 | 1.020 | 4.998 | 752 | 3.897 | 407 | 1.775 | 246 | 955 | 80 | 269 |

Fuente: Acción Social, Departamento del Cesar

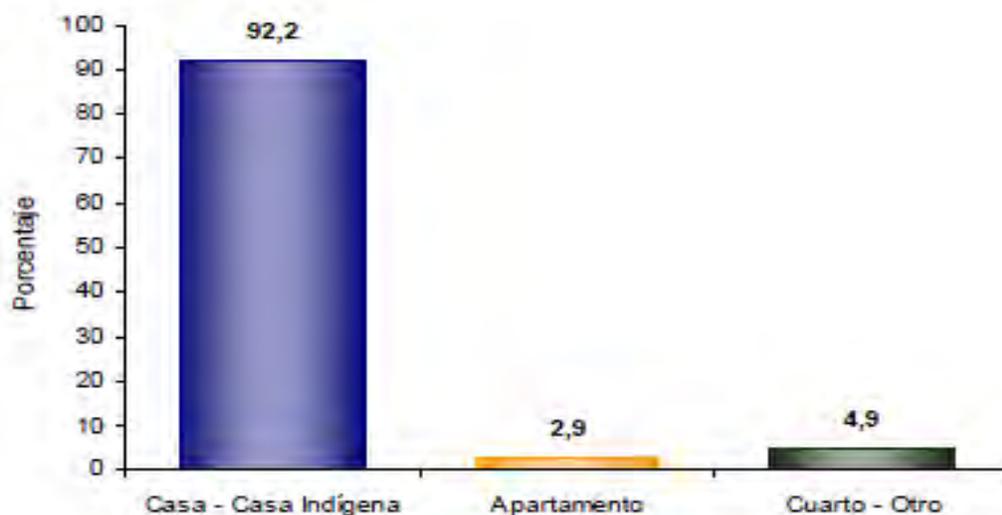
OPORTUNIDAD PARA TODOS



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



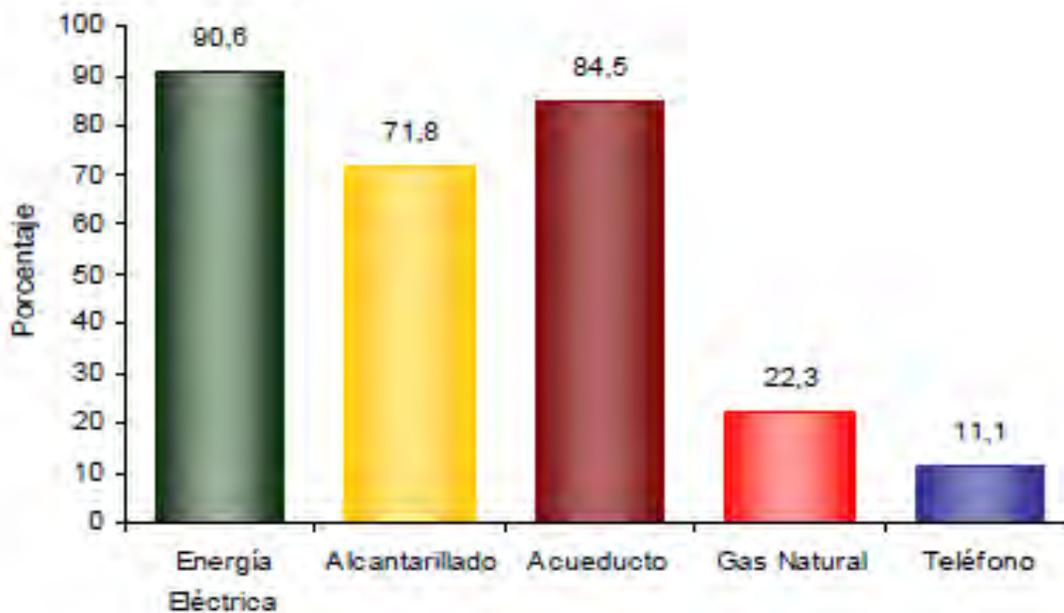
Grafico 29. Distribución de Tipos de Vivienda en La Jagua de Ibirico, Según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE

El 92,2% de las viviendas de La Jagua de Ibirico son casas

Grafico 30. Distribución de Servicios Públicos con que cuentan Las Viviendas en el Municipio de La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005.



Fuente: Censo General 2005, DANE

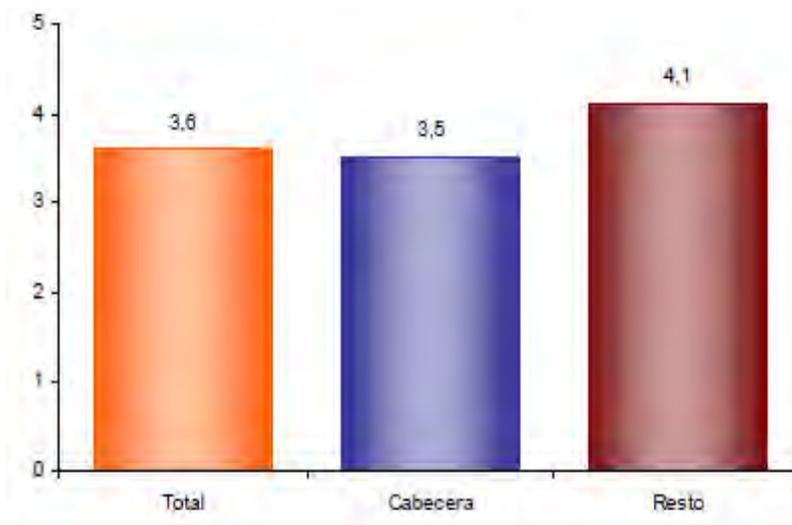


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En La Jagua de Ibirico: El 90,6% de las viviendas tiene conexión a Energía Eléctrica, El 11,1 % tiene conexión a Teléfono.

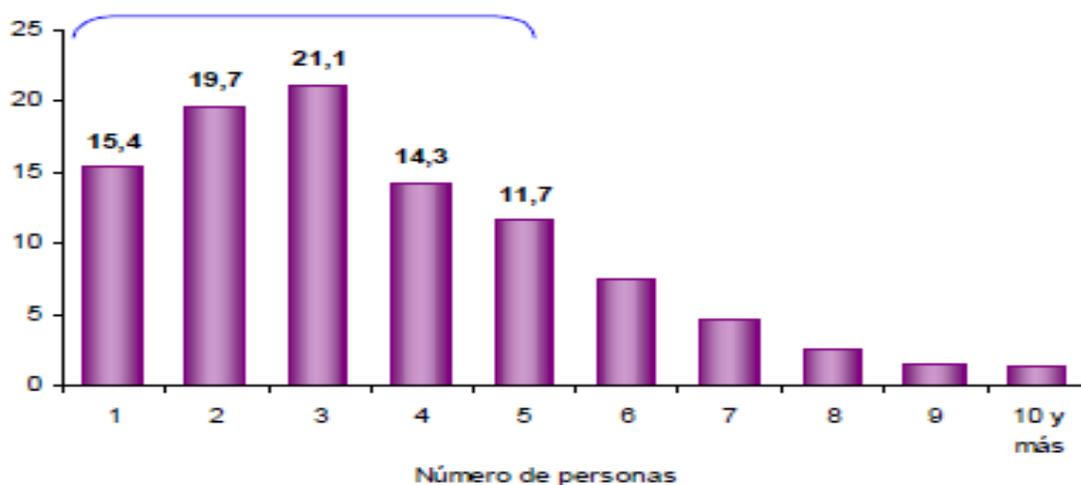
Grafico 31. Distribución del Promedio de Personas por Hogar en el Municipio De La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005



** Fuente: Censo General 2005, DANE

El número de personas por hogar en La Jagua de Ibirico es de 3,6.**

Grafico 32. Distribución Porcentual de Hogares según Números de Personas en el Municipio de La Jagua de Ibirico, Según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE

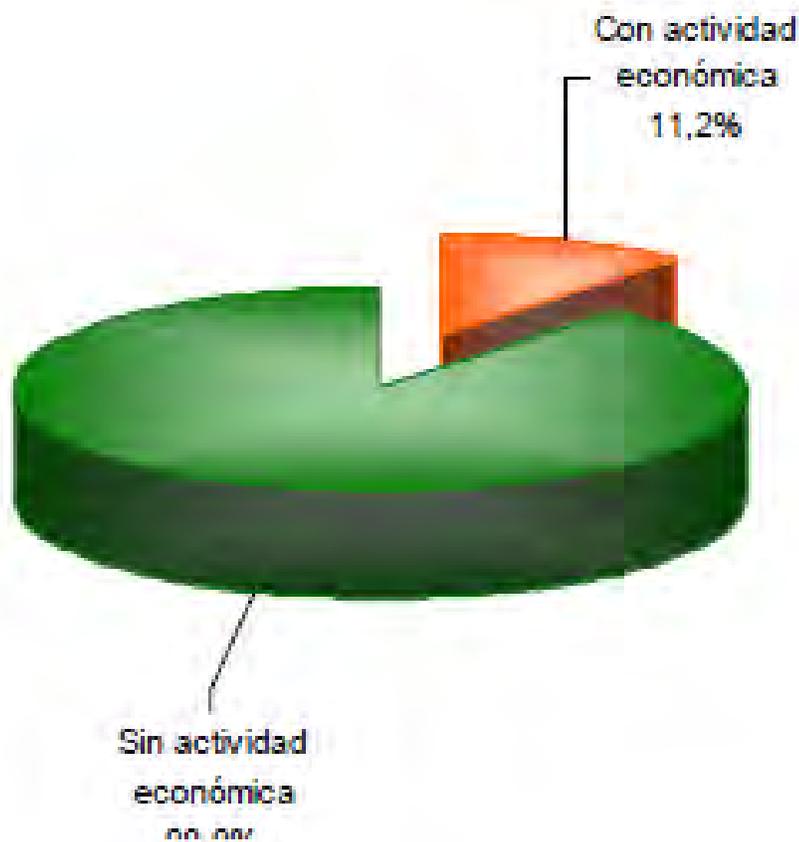


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Aproximadamente el 70,6% de los hogares de La Jagua de Ibirico tiene 4 o menos personas y 29,4% viven en hacinamiento.

Grafico 33. Distribución Porcentual del Número de Hogares con Actividad Económica, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005

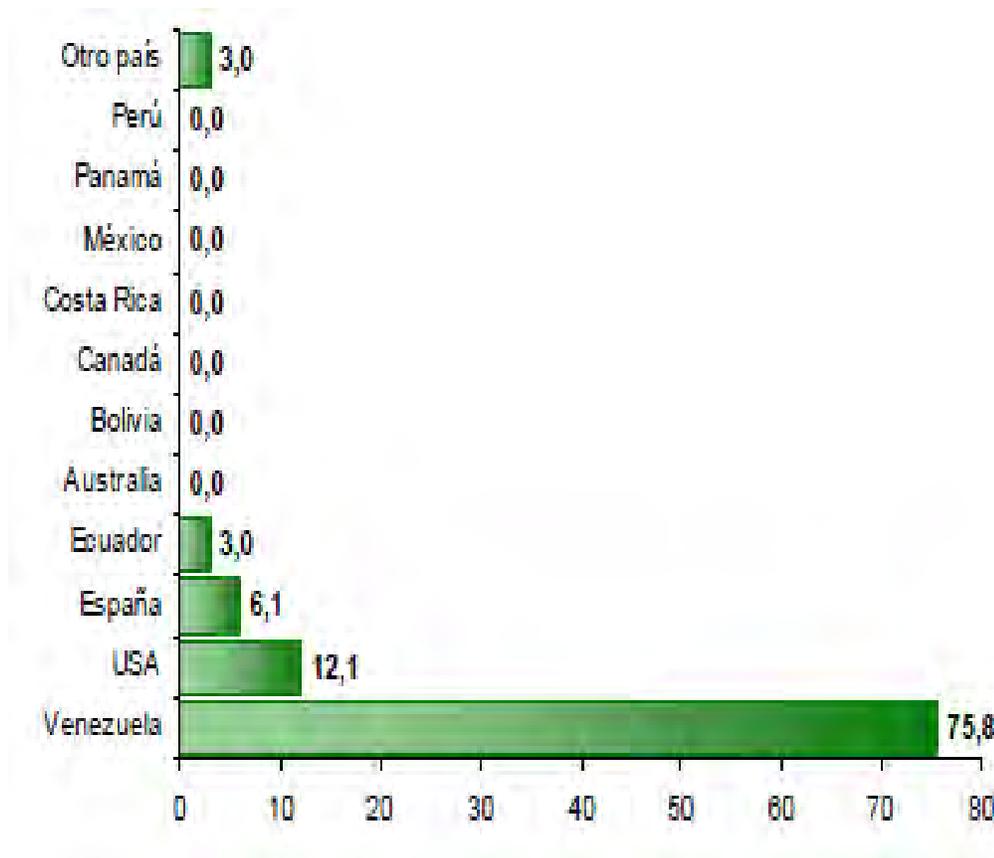


Fuente: Censo General 2005, DANE

El 11,2% de los hogares de La Jagua de Ibirico tienen actividad económica en sus viviendas.



Grafico 34. Distribución Porcentual Personas que Viven en el Exterior, La Jagua De Ibirico, según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE

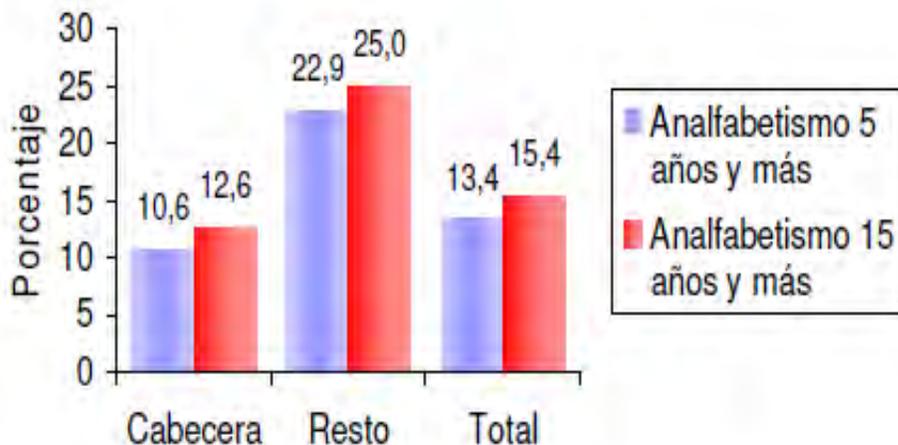
Se evidencia:

- Del total de hogares de La Jagua de Ibirico el 0,3% tiene experiencia migratoria internacional.
- Del total de personas de estos hogares residentes de forma permanente en el exterior el 75,8% está en Venezuela, el 12,1% en USA y el 6,1% en España.



2.3.5. Indicadores Educativo

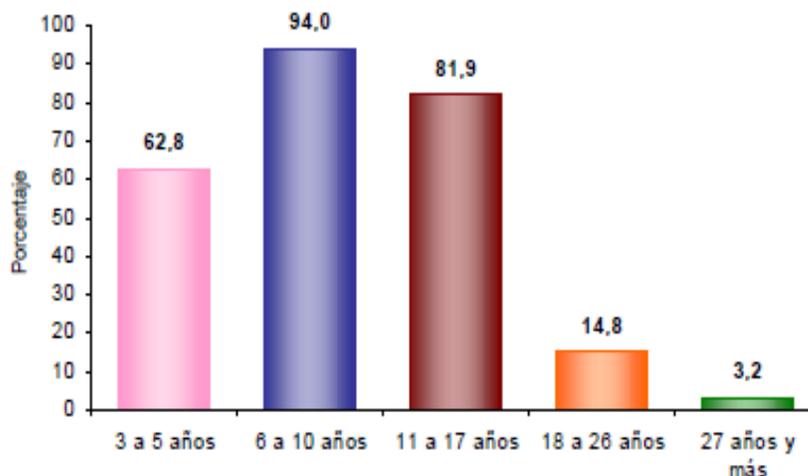
Grafico 35. Tasa de Analfabetismo, Población de 5 Años y mas y 15 Años y mas, Cabecera y Resto según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE

El 13,4% de la población de 5 años y mas y el 15,4% de 15 años y más de La Jagua de Ibirico no sabe leer y escribir.

Grafico 36. Distribución Porcentual de La Asistencia Escolar de Acuerdo A Grupos de Edad, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE

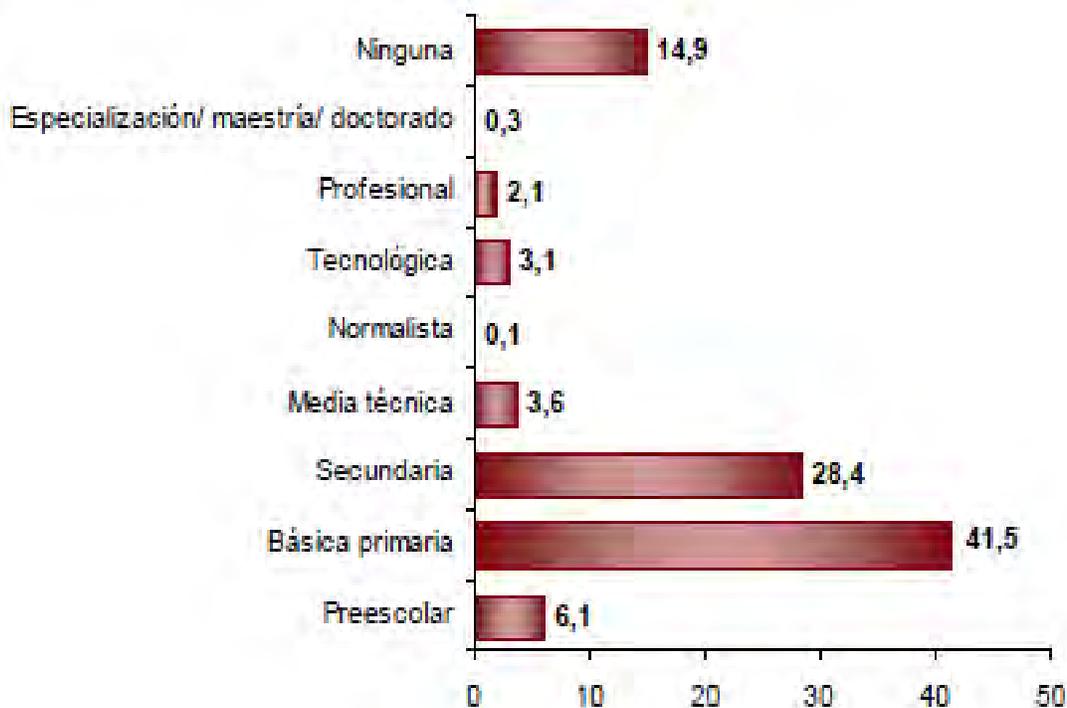


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El 62,8% de la población de 3 a 5 años asiste a un establecimiento educativo formal; el 94,0% de la población de 6 a 10 años y el 81,9% de la población de 11 a 17 años.

Grafico 37. Distribución Porcentual del Nivel Educativo Alcanzado en La Población de La Jagua De Ibirico, Según Censo Dane 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE

El 41,5% de la población residente en La Jagua de Ibirico, ha alcanzado el nivel de básica primaria y el 28,4% secundaria; el 2,1% ha alcanzado el nivel profesional y el 0,3% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 14,9%.

La formación pedagógica en el municipio está distribuida de la siguiente manera:



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 19. Distribución de Instituciones Educativas y Recurso Humano, Municipio La Jagua De Ibirico 2011

| | |
|---|---|
| TOTAL DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES | 4: 2 URBANAS 2 RURAL |
| TOTAL CENTROS EDUCATIVOS OFICIALES | 5 |
| TOTAL DE CENTROS EDUCATIVOS PRIVADOS Y URBANOS | 2 |
| ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS FUNCIONANDO | 37 (35 OFICIALES Y 2 PRIVADOS) |
| PLANTA GENERAL DE DOCENTES Y DIRECTIVOS DOCENTES | 306 |
| PLANTA DOCENTES NACIONALIZADOS EN PROPIEDAD | 256 |
| PLANTA DE PERSONAL DOCENTE PROVISIONAL | 3 |
| PLANTA PERSONAL DOCENTES CONTRATADOS | 25 |
| PLANTA DOCENTE SECTOR PRIVADO | 21 |
| DIRECTIVOS DOCENTES | 22 |
| DIRECTIVOS DOCENTES NACIONALIZADOS | 19 (4 RECTORES, 14 COORDINADORES Y 1 RECTOR) |
| DIRECTIVOS PRIVADOS | 2 |
| DIRECTIVOS CONTRATADOS | 1 |
| PSICO- ORIENTADORAS ADMINISTRATIVOS | 24 |
| ADMISTRATIVOS EN PROPIEDAD | 4 (1 CELADOR, 2 ASEADORAS, 1 PAGADORA, 1 SECRETARIA) |
| ADMINISTRATIVOS CONTRATADOS | 20 (4 CELADORES, 3 SECRETARIAS, 8 ASEADORAS, 5 AUXILIAR ADMINISTRATIVOS) |

C

Tabla 20. Consolidado General de La Población Matriculada en el Municipio de La Jagua De Ibirico 2011.

| | |
|--------------------------|-------|
| MATRICULA GENERAL | 9.033 |
| URBANA | 6.466 |
| RURAL | 2.567 |
| PREESCOLAR | 1.031 |
| PRIMARIA | 4.288 |
| SECUNDARIA | 2.238 |
| MEDIA | 607 |
| ADULTOS | 819 |
| URBANO | 714 |
| RURAL | 105 |
| NOCTURNA | 203 |
| SABATINA | 616 |

FUENTE: Secretaria de Educación, La Jagua de Ibirico



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 21. Población Matriculada, Sector Oficial, Municipio La Jagua de Ibirico 2011.

| | |
|---------------------------------|-------------|
| MATRICULA SECTOR OFICIAL | 7886 |
| PREESCOLAR | 691 |
| PRIMARIA | 3.481 |
| SECUNDARIA | 2.238 |
| MEDIA | 607 |
| ADULTOS | 819 |

FUENTE: Secretaria de Educación, La Jagua de Ibirico

Tabla 22. Población Matriculada, Sector Privado, Municipio La Jagua de Ibirico 2011.

| | |
|---------------------------------|------------|
| MATRICULA SECTOR OFICIAL | 580 |
| PREESCOLAR | 340 |
| PRIMARIA | 240 |

FUENTE: Secretaria de Educación, La Jagua de Ibirico

Tabla 23. Población Matriculada, Contratada con La Curia, Municipio La Jagua De Ibirico 2011.

| | |
|---------------------------------|------------|
| MATRICULA SECTOR OFICIAL | 567 |
| PRIMARIA | 567 |

FUENTE: Secretaria de Educación, La Jagua de Ibirico

Tabla 24. Eficiencia Interna del Municipio La Jagua De Ibirico 2008 – 2010.

| INFORMACION EFICIENCIA INTERNA | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------------------------|-------|------|------|
| MATRICULA INICIAL | 8192 | 8383 | 8983 |
| MATRICULA FINAL | 7515 | 8328 | 8594 |
| APROBADOS | 7221 | 8343 | 8817 |
| REPROBADOS | 291 | 40 | 166 |
| DESERTORES | 697 | 65 | 389 |
| PROMEDIO PRUEBAS ICES 2010 | SD | SD | BAJO |
| INDICE DE DESERSION | 8.5% | 1% | 4.3% |
| INDICE DE MORTALIDAD | 3,50% | 0.4% | 1.8% |

FUENTE: Secretaria de Educación, La Jagua de Ibirico

En la información suministrada por la secretaria de Educación Municipal, año 2008, se evidenció inconsistencias en cuanto al faltante de 891 alumnos quienes no se les registró la condición final, si aprobaron o reprobaron. La deserción



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



escolar para el 2008 estuvo marcada en las mujeres con 362 estudiantes, en el 2009 cambio el patrón fueron los caballeros con 42 estudiantes y continuó en el 2010 con un aumento de 289 estudiantes.

Tabla 25. Resultados Pruebas Saber – Icfes Año 2011

| INSTITUCIONES | RESULTADOS |
|--|------------|
| JOSE GUILLERMO CASTRO CASTRO | MEDIO |
| LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO | BAJO |
| AGROPECUARIO LA VICTORIA DE SAN ISIDRO | BAJO |
| COMERCIAL LA PALMITA | INFERIOR |

FUENTE: Secretaría de Educación, La Jagua de Ibirico

2.3.6. Principales Actividades Económicas

2.3.6.1. Actividad Agropecuaria. El municipio de La Jagua de Ibirico, hasta el año 2002 soportaba su economía en la actividad agropecuaria, pero factores asociados al conflicto social que golpeo sensiblemente el territorio municipal (desplazamiento, secuestro, homicidios), incidieron en el establecimiento del sector, el cual se evidencia en el abandono de las zonas productivas, reducción de las áreas cultivables y un decrecimiento de la actividad pecuaria.

La actividad Minera con las explotaciones carboníferas a cielo abierto que se vienen desarrollándose constituyen en factor de desestímulo para la inversión en el sector agropecuario (empleos mejor remunerados), adicionalmente se ha destinado un porcentaje considerable de suelos fértiles a dicha actividad ocasionando la pérdida de suelo productivo rural.

Para el año 2001 el área de siembra de arroz alcanzaba 3.500 hectáreas anuales disminuyéndose a 2.400 hectáreas anuales (32%) para los años 2006 y 2007. el cultivo de café mantiene su área, registrando en el año 2006, 1.200 hectáreas plantadas. Aunque se evidencia nuevos desarrollos agrícolas como plantación de



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



400 hectáreas de palma, 80 hectáreas de papaya, 600 hectáreas de plátano y 500 hectáreas de cacao, aun no se logra recuperar la dinámica del sector.

La actividad pecuaria por su parte, también registro un considerable decrecimiento, el número de cabezas de ganado para el 2006 es de 25.862 y la ganadería extensiva registra bajos niveles de tecnificación. La problemática del sector agropecuario se evidencia así:

- La falta de una política para el sector rural, que se evidencia en la inequidad de la asignación del gasto social urbano – rural.
- Desplazamiento de la población campesina; 21 veredas desplazadas que equivalen a un 58.3% de las 36 existentes.
- Precaria infraestructura de Riego que limita la explotación agrícola. Solo existen dos Mini distritos de Riego: La Estrella y el Triangulo, con capacidad de irrigar 120 hectáreas, estos se encuentran fuera de servicio.
- Improductivita de la actividad piscícola, 170 estanques sin producir.
- Precario infraestructura de la malla vial municipal, en el año 2007 solo el 23% del total de vías veredales, se invirtió con acciones de mantenimiento.
- Incipiente aplicación de desarrollo tecnológico en la explotación agropecuaria.
- Reducción de la frontera Agrícola, por la destinación de áreas con vocación agrícola y aun de reserva a la actividad minera.
- Bajo nivel de acceso al sistema crediticio, en el año 2006 de 227 solicitudes de crédito de pequeños productores que acudieron al Banco Agrario, solo obtuvieron aprobación 182.
- Deficiente Organización Empresarial del sector productivo.

2.3.6.2. Actividad Minera. Las actividades de explotación carbonífera del César genera pocos encadenamientos productivos locales; el empleo, el transporte del carbón y los suministros se traducen en las principales relaciones económicas directas.

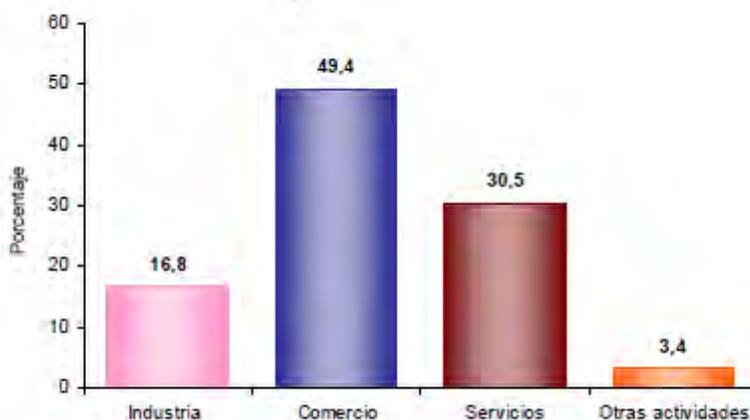


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En el Municipio de La Jagua de Ibirico, a la fecha, la actividad carbonífera no ha generado efectos que logren dinamizar su economía. Los pobladores orientan sus esfuerzos a la búsqueda de empleo, por tanto, son casi nulas las iniciativas asociativas y alianzas que estimulen la organización empresarial de manera que se logre consolidar una oferta de servicios asociados a la minería; en bienes y servicios, en razón a la baja oferta local. Existe, por mucho, una cultura de empleado as que de empresario. Los ingresos del municipio se han incrementado en razón a los significativos recursos que por concepto de regalías se percibe, los que deben orientarse a lograr el desarrollo integral y el bienestar social de la población, prioritariamente corresponde atender los sectores de salud, educación y saneamiento básico, hasta alcanzar coberturas mínimas conforme a los términos establecidos por la Ley. El municipio de La Jagua de Ibirico posee una de las más grandes reservas carboníferas en el departamento del César y por tanto en materia ambiental, uno de los temas más importantes a tener en cuenta. (Ver Grafico 36)

Grafico 38. Distribución de Establecimientos de Acuerdo a Actividad Económica, La Jagua De Ibirico, Según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE.

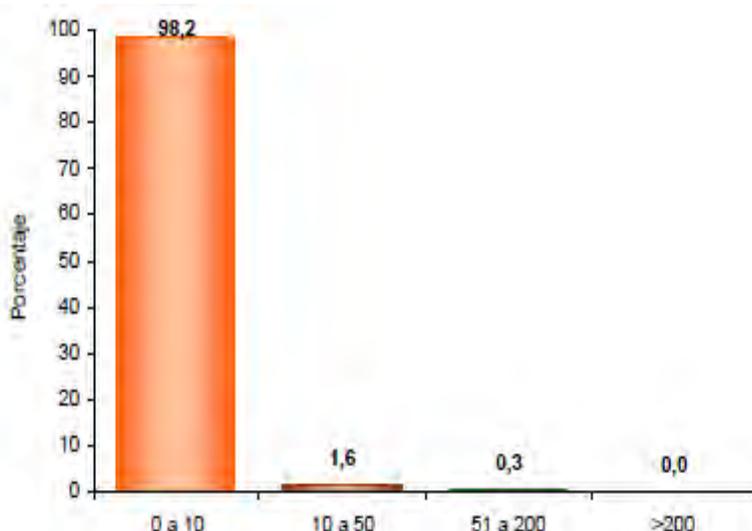
El 16,8% de los establecimientos se dedican a la industria, el 49,4% al comercio, el 30,5% a servicios y el 3,4% a otra actividad.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



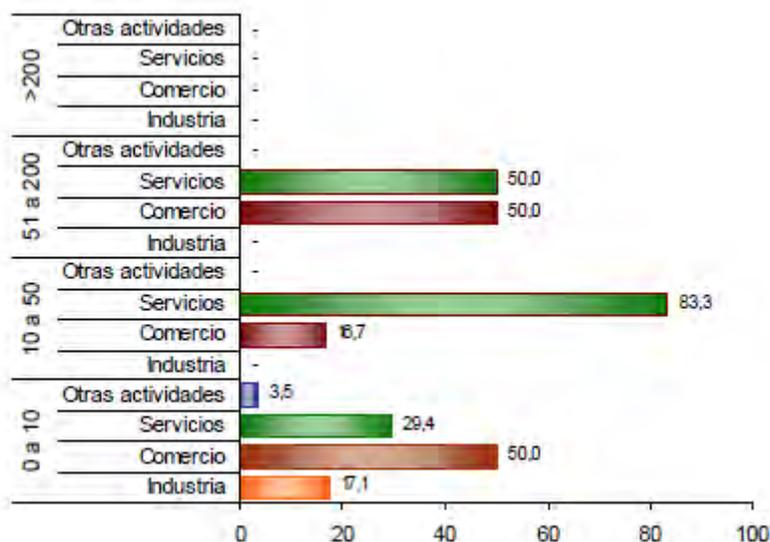
Grafico 39. Distribución de Establecimientos de Acuerdo a Número de Personas Ocupadas el Mes Anterior al Censo, La Jagua de Ibirico, Según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE.

El 98,2% de los establecimientos ocupó entre 1 y 10 empleos el mes anterior al censo.

Grafico 40. Distribución de Establecimientos de Acuerdo a Escala de Personal por Actividad Económica, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005

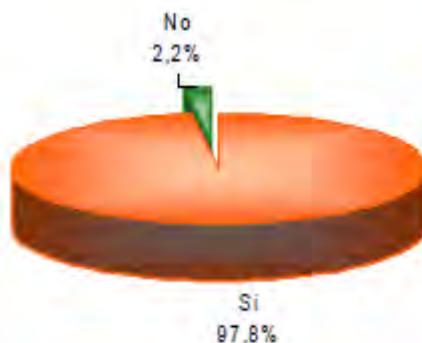


Fuente: Censo General 2005, DANE.



En los establecimientos con mayor número (0 a 10 empleos) el Comercio (50,0%) es la actividad más frecuente y en el grupo de 10 a 50 personas la actividad principal es Servicios (83,3%).

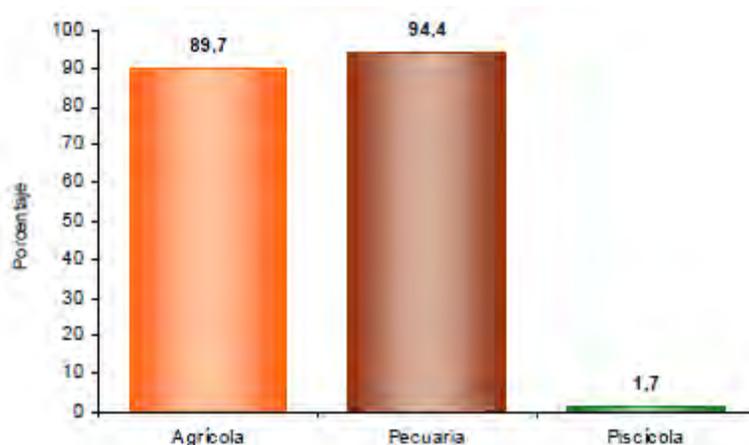
Grafica 41. Distribución de Unidades Censales Rurales con Actividad Agropecuaria, La Jagua De Ibirico, según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE.

El 97,8% de las viviendas rurales ocupadas, con personas presentes el día del censo, tenían actividad agropecuaria.

Grafico 42. Distribución de Unidades Censales Rurales de Acuerdo a Actividad Agropecuaria, La Jagua De Ibirico, según Censo DANE 2005



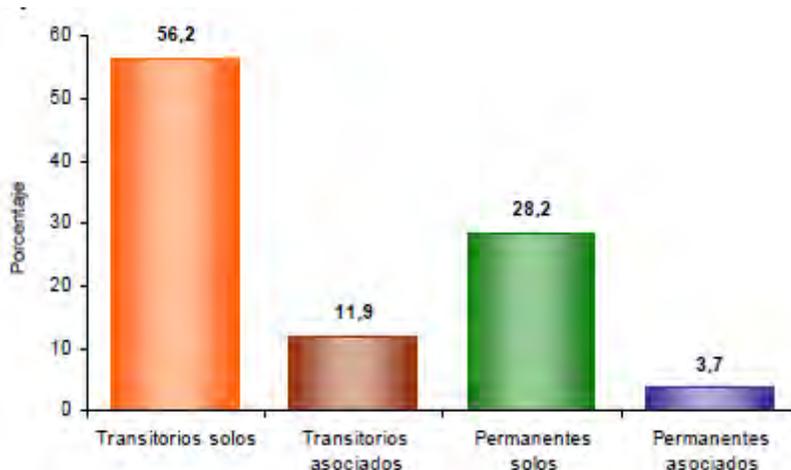
Fuente: Censo General 2005, DANE.

El porcentaje de viviendas rurales ocupadas, con personas presentes el día del censo, y que tenían actividad agropecuaria, se distribuyen en actividad Agrícola el



89,7%, pecuaria 94,4%, piscícola 1,7%. La mayoría de las viviendas tiene simultáneamente 2 o 3 tipos de actividades.

Grafico 43. Distribución de Unidades Censales Rurales de Acuerdo a Tipo de Transitoriedad en Los Cultivos, La Jagua de Ibirico, según Censo DANE 2005



Fuente: Censo General 2005, DANE.

Del total de cultivos asociados a la vivienda rural el 56,2% corresponde a transitorios solos, el 11,9% a transitorios asociados, el 28,2% a permanentes solos y el 3,7% a permanentes asociados.

2.3.6.3. Presentación Turística*. Es un municipio lleno de tesoros naturales, variedad de paisajes, riqueza folclórica, cultural y social, especialmente por la riqueza y calidez de su gente. Este pueblo costeño tiene un clima de 31 grados centígrados, es plano en la mayoría de su territorio y lo bañan tres ríos, que son el Tocuy, el Sororia y Las Animas. Es la segunda reserva de carbón del país.

2.3.7. Infraestructura Eléctrica. La cobertura en la prestación del servicio de energía eléctrica en el sector rural del municipio, registra una baja cobertura, de las 34 veredas, solo 16 cuentan con el servicio, lo que representa un 44,44% de intervención. El nivel de cobertura del sector urbano asciende a un 98%, teniendo en cuenta que el 2% representa a los sectores subnormales. El servicio de

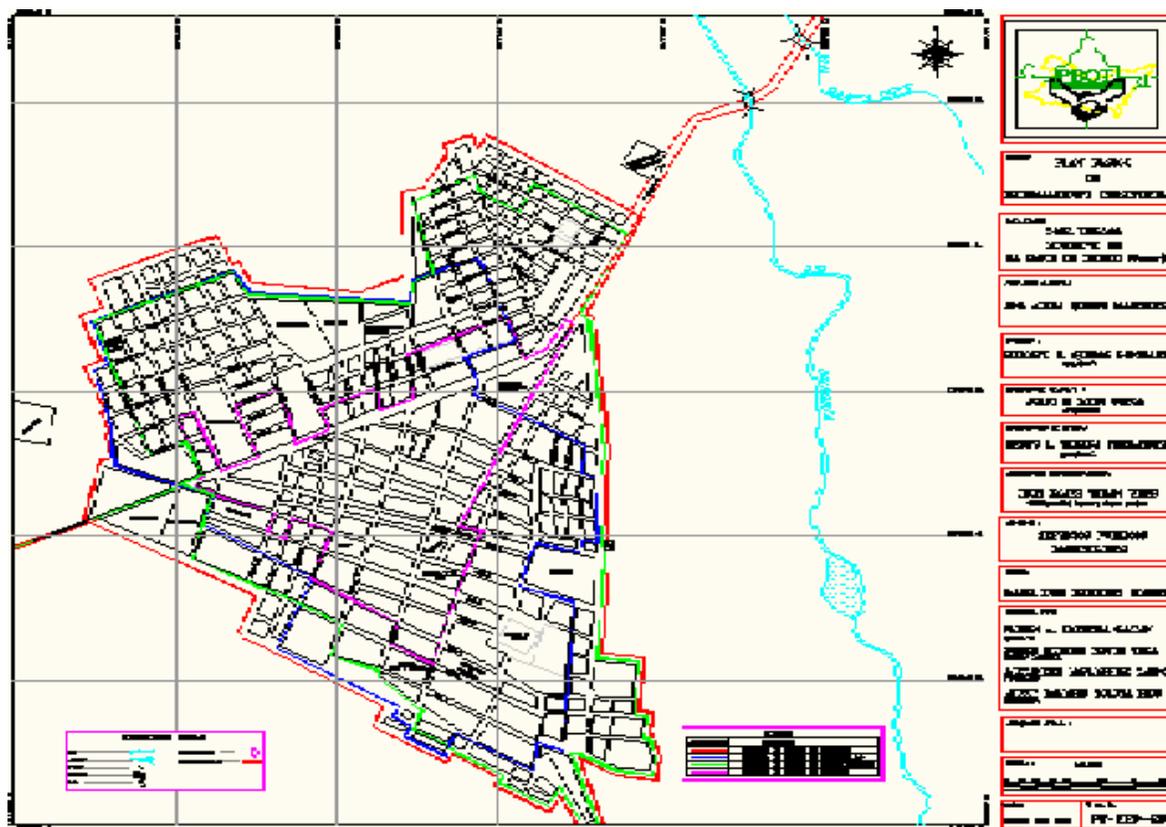


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



alumbrado público en la zona urbana presenta deficiencias, el 78%.1% no tiene el servicio (Secretaria de Planeación Municipal).

Grafico 44. Servicios Públicos La Jagua De Ibirico - Cesar



Fuente: Esquema de Ordenamiento Territorial Municipal

2.3.8. Mercado Público. En el municipio no existe un mercado publico con las condiciones optimas para el expendio de alimentos, esta se hace en una plaza no adecuada a campo abierto por lo cual los alimentos son contaminados por residuos sólidos que permanecen alrededor de este lugar.

2.3.9. Matadero Municipal. En el 2011, se realizaron 3 visitas por parte de la Secretaria de Salud Municipal, se evidencio que las condiciones se están mejorando, con el compromiso de mejorar los procesos que allí se llevan a cabo.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En el 2012 la Secretaria de Salud entre las visitas de inspección sanitaria, encontró los siguientes hallazgos y entrego las siguientes recomendaciones:

2.3.9.1. Instalaciones Físicas y Sanitarias

- ✓ Es necesario proteger las ventanas y las puertas para evitar la entrada de polvo, lluvia y fauna nociva como insectos y roedores.
- ✓ Los acabados de la pared deberían ser cóncavos para que no se acumule material contaminante en las esquinas y se realice mejor limpieza a estos.
- ✓ Se observo residuos dispersos alrededor del establecimiento, se recomienda realizar una limpieza y recoger los residuos presentes.
- ✓ El procedimiento de sacrificio (pelar, cortar, lavar y escaldar), se hace de manera manual y existen fallas en el proceso que no permiten garantizar la no contaminación del producto.

2.3.9.2. Salas.

- ✓ La continuidad y calidad del agua utilizada no es la apropiada para las operaciones realizadas en el establecimiento.
- ✓ Las paredes, pisos, techos en parte no tienen material sanitario y no están en buen estado.
- ✓ La unión entre paredes, pisos no están diseñadas de manera cóncava que evite la acumulación de polvo y suciedad, es necesario corregir.
- ✓ Las rejillas de las canaletas y desagües se encuentran en mal estado, es necesario reparar dichas rejillas.
- ✓ No existen lavamanos para aseo de los trabajadores del matadero.
- ✓ La iluminación del establecimiento no es suficiente, adecuar el sistema de luces suficientes para las labores que allí se desarrollan.

2.3.9.3. Equipos y Utensilios

- ✓ La sala de proceso no cuenta con el diseño, ni con la instalación de equipos requeridos para el proceso adecuado.



- ✓ El matadero no cuenta con los equipos mínimos requeridos para el sacrificio y el faenado.
- ✓ Es necesario garantizar que los recipientes, anaqueles, y ganchos en contacto con las canales y vísceras estén fabricados con material inerte, no tóxicos, resistentes a la corrosión que sean de fácil limpieza.
- ✓ Implementar y socializar al personal el manual de procedimientos para el servicio y el mantenimiento preventivo de los equipos e instalaciones.

2.3.9.4. Personal Manipulador

- ✓ Se observó que algunos trabajadores no contaban con el uniforme adecuado, el uniforme debe ser de color claro y limpio, calzado cerrado de material resistente e impermeable.
- ✓ No todo el personal que manipula la carne utiliza mallas o cascos para recubrir el cabello, tapabocas y protectores de barba de firma adecuada y permanente.

2.3.9.5. Inspección Sanitaria

- ✓ El matadero no cuenta con la infraestructura y dotación necesaria para realizar la inspección antemorten.
- ✓ El matadero no cuenta con la infraestructura y dotación necesaria para realizar la inspección postmortem.

2.3.9.6. Condiciones de Saneamiento

- ✓ Los servicios sanitarios se encuentran en mal estado.

2.3.9.7. Manejo y Disposición de Residuos Sólidos

- ✓ Se observó alrededor del matadero presencia de residuos sólidos dispersos, se recomienda realizar una jornada de limpieza en el lugar.
- ✓ Es necesario realizar un mantenimiento periódico a las canaletas, ductos y trampas de grasa para su buen funcionamiento.



- ✓ Establecer una zona destinada exclusivamente para la recolección de los residuos sólidos.
- ✓ Implementar y ubicar correctamente suficientes recipientes para la recolección de los desechos sólidos.

2.3.9.8. Manejo de Residuos Líquidos

- ✓ Mejorar el manejo de los residuos líquidos dentro del matadero para evitar riesgo de contaminación para los productos ni para las superficies en contacto con ellos.

2.3.9.9. Limpieza y Desinfección

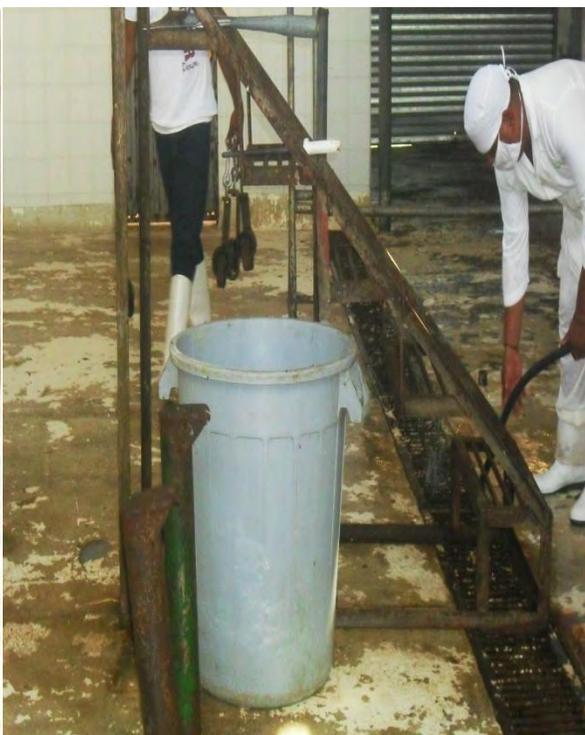
- ✓ Implementar los procedimientos por escrito específicos para la limpieza y desinfección de equipos, matadero, corrales, patios y demás.
- ✓ Adquirir los productos, materiales y equipos para efectuar los procedimientos de limpieza y desinfección (mangueras, equipos de presión, escobas, detergentes, desinfectantes, cubetas etc).
- ✓ Se recomienda tener claramente definidos los productos utilizados, concentraciones, modo de preparación, empleo y rotación de los mismos.
- ✓ Llevar registros que indiquen que se realiza inspección periódica en las diferentes áreas, equipos, utensilios, y manipuladores (registros, bitácoras, análisis etc).
- ✓ Establecer por escrito los procedimientos para el control de plagas y llevar registros de su ejecución.
- ✓ Colocar dispositivos preventivos para el control de insectos y roedores (electrocutores, rejillas, angeos, trampas cebos etc.)



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



FOTOS MATADERO MUNICIPAL





2.3.10. Accesibilidad Vial y De Comunicaciones

2.3.10.1. Transporte. De Valledupar se puede llegar por transporte terrestre aproximadamente a 1 hora con 45 minutos por carretera pavimentada, este se puede realizar a través de busetas y taxis que prestan su servicio hasta La Jagua de Ibirico y a los otros municipios aledaños.

La infraestructura vial terciaria del municipio evidencia un grave deterioro, de los 210 kilómetros de red, solo registran acciones de mantenimiento aproximadamente 32 kilómetros que representan casi un 14.2% y corresponde a las vías: La Jagua - Caño adentro, La Jagua - Vereda San Antonio, La Victoria San Isidro – Altos de las Flores.

En el sector urbano la infraestructura vial registra una baja densidad, alcanza una cobertura de un 65% y en los centros poblados, concretamente el corregimiento de la Victoria de San Isidro la cobertura es de un 1%.

2.3.11. Organismos de Salud Públicos y Privados. Los servicios de salud presta el Municipio a través del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, ESE de primer Nivel de Atención, que dispone de una moderna infraestructura, sala de Maternidad, sala de neonatos y una sala para la atención de Enfermedades Respiratorias Agudas ERA. La Institución tiene una capacidad de 23 camas. Los servicios que prestan son: Consulta Externa, laboratorio Clínico, Salud Oral, Hospitalización, Urgencias, Imagenología, Programas de Promoción y Prevención, Atención de Parto, el Hospital para el año 2007 tenía acreditadas ciertas actividades de segundo nivel como Ginecología, Pediatría, Anestesiología y oftalmología, y se realizaron ciertos procedimientos de baja complejidad.

La oferta de servicios en las zonas rurales se cumple con tres puestos de salud en los corregimientos de La Victoria de San Isidro, Boquerón y Las Palmitas.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El régimen subsidiado es atendido por el Hospital Jorge Isaac Rincón. Los beneficiarios del régimen Subsidiado están afiliados a las siguientes empresas:

- SOLSALUD EPS-S
- SALUD VIDA EPS- S
- COOSALUD EPS- S
- ASMET SALUD EPS
- CAPRECOM

Las instituciones privadas prestadoras de servicios que se encuentran el municipio son:

Cuadro 3: Instituciones Privadas Prestadoras de Servicios

| INSTITUCIONES PRIVADAS PESTADORAS DE SERVICIOS | SERVICIOS |
|---|---|
| COOMEVA | Consulta Externa de Medicina General y Odontológica, Consulta Especializada de Ginecología y Pediatría, Programas de Promoción y Prevención. |
| CARBOSALUD | Consulta Externa de Medicina General y odontológica. Laboratorio Clínico, Programas de Promoción y Prevención, Terapia Respiratoria. |
| SONRIDENT | Servicio Odontológico |
| ODONTO PREVEN | Servicio Odontológico |
| LABORATORIO CLINICO REACH | Laboratorio Clínico |
| CONSULTORIO SAN MIGUEL | Servicios Terapia Física y Respiratoria |
| CONSULTORIO ROMERO | Consulta medica |
| EMPRESA DE SALUD OCUPACIONAL | APRENSE |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.3.12. Aseguramiento. El objetivo de este diagnóstico es tener una visión global de cómo se ha adelantado el proceso de afiliación de la población de la entidad territorial al Sistema de Seguridad Social en Salud. Este análisis se debe iniciar de la determinación de la población afiliada al régimen contributivo, al régimen subsidiado, Regímenes especiales o excepcionales y la población pobre afiliada. El aseguramiento en el Municipio presenta la siguiente situación: en el Régimen subsidiado se encuentra afiliada una población de 18.200 que representa un 53.35% del total de la población.

Cuadro No 4: Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

| INDICADOR | NUMERO |
|---------------------------|--------|
| REGIMEN SUBSIDIADO | 18.200 |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO | 12.639 |
| POBLACION FUERA DEL SGSSS | 3.275 |

FUENTE: Secretaria De Salud Municipal y SISBEN.

En el Régimen contributivo están afiliados 12.639 personas, a diferentes Empresas Promotoras de Salud que operan en el Municipio, tales como Coomeva, Salud Coop, Salud Vida, Solsalud, Fundación Medico Preventiva, Nueva EPS, Salud Total. En el régimen Subsidiado con corte 1 de Febrero 2012 se encuentra afiliadas 18.200 personas distribuidas en las siguientes EPS- S:

Cuadro No 5: Entidades Promotoras de Salud Subsidiada

| EPS | AFILIADOS |
|--------------|-----------|
| Caprecom | 117 |
| Soldalud | 6533 |
| Salud Vida | 2155 |
| Coosalud | 4347 |
| Asmeth Salud | 5048 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



SALUD INFANTIL



2.4. SALUD INFANTIL

En el año 2009 se reportaron en el municipio de La Jagua de Ibirico 4 fallecimientos en menores de 1 año, para una tasa de mortalidad de 7,8 fallecimientos x 1000 Nacidos Vivos, la tasa de mortalidad Infantil Departamental fue de 16,94 y la nacional de 10,56. Las causas de muerte fueron en su orden el ahogamiento y sumersión con el 50% de los casos (2/4), seguido por hipoxia cerebral y desnutrición proteico calórica severa. La más alta tasa de mortalidad infantil se dio en los años 2008, 2001 y 2004; siendo el año 2009 donde se presentó la menor tasa.

Tabla 26. Defunciones en Menores de 1 Año, La Jagua de Ibirico, Años 2000-2010

| PROCEDENCIA / AÑO | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Número de defunciones | 5 | 14 | 8 | 3 | 14 | 7 | 9 | 4 | 8 | 4 | 2 |
| Número de nacimientos | 458 | 529 | 617 | 559 | 551 | 588 | 623 | 248 | 197 | 514 | 529 |
| Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV | 10,9 | 26,5 | 13,0 | 5,4 | 25,4 | 11,9 | 14,4 | 16,1 | 40,6 | 7,8 | 3,78 |

Fuente: Estadísticas Vitales, Secretaría de Salud Departamental.

En el año 2010 se reportaron en el municipio de La Jagua de Ibirico 2 fallecimientos en menores de 1 año, par una tasa de mortalidad de 3,78 fallecimientos X 1000 Nacidos vivos. Las causas de muerte fueron en su orden el ahogamiento y otra no especificada.

La mortalidad en menores de 5 años fue de 2,5 por cada 1.000 niños, la departamental fue de 3,1 y la nacional de 12,7(2008). .

En el año 2011, el municipio de la Jagua de Ibirico no reporto Mortalidad Por EDA en menores de 5 años, la última mortalidad reportada al sistema de vigilancia



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



epidemiológica siviigila fue en el año 2008, (ver cuadro a continuación). La tasa de mortalidad infantil para el departamento del Cesar es de 8,14 por 100.000 menores de 5 años.

Tabla 27. Número de Casos de Mortalidad por EDA en Menores de 5 Años, Cesar Años 2008- 2011

| Municipio | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | VARIACION 2010 - 2011 | |
|-----------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|---------------|-----------------------|---------------|
| | casos | % | casos | % | casos | % | casos | % | casos | % |
| VALLEDUPAR | 7 | 35 | 7 | 43,75 | 4 | 28,57 | 3 | 33,33 | -1 | -25,0 |
| CODAZZI | 5 | 25 | 0 | 0 | 5 | 35,71 | 4 | 44,44 | -1 | -20,0 |
| PUEBLO BELLO | 3 | 15 | 2 | 12,5 | 1 | 7,14 | 0 | 0,00 | -1 | -100,0 |
| AGUACHICA | 2 | 10 | 1 | 6,25 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,0 |
| EL COPEY | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| BOSCONIA | 1 | 5 | 1 | 6,25 | 1 | 7,14 | 0 | 0,00 | -1 | -100,0 |
| BECCERRIL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 2 | 22,22 | 2 | 100,0 |
| CHIMICHAGUA | 0 | 0 | 1 | 6,25 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| SAN MARTIN | 0 | 0 | 1 | 6,25 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| LA GLORIA | 0 | 0 | 1 | 6,25 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| CURUMANI | 1 | 5 | 2 | 12,5 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| GAMARRA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| LA PAZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14,29 | 0 | 0,00 | -2 | -100,0 |
| MANAURE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7,14 | 0 | 0,00 | -1 | -100,0 |
| Total de casos | 20 | 100 | 16 | 16 | 14 | 100,00 | 9 | 100,00 | -5 | -35,71 |

Fuente: SIVIGILA. Secretaria de Salud Departamental.

Para el año 2011, el municipio de La Jagua de Ibirico Presento una tasa de Mortalidad por IRA de 36,7, ubicándolo en relación a los demás municipios del departamento como de mediano riesgo, superando la tasa de mortalidad por IRA departamental de 31,64.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 6. Riesgo para Mortalidad por IRA en Menores de 5 Años Cesar 2011

| MUNICIPIO | POBLACIÓN MAYOR DE 5 AÑOS | CASOS | TASA POR 100.000 |
|---------------------|---------------------------|-----------|------------------|
| BECERRIL | 1750 | 3 | 171,43 |
| CHIRIGUANÁ | 2522 | 3 | 118,95 |
| LA PAZ | 2705 | 3 | 110,91 |
| PUEBLO BELLO | 2858 | 3 | 104,97 |
| AGUSTÍN CODAZZI | 6192 | 4 | 64,60 |
| SAN DIEGO | 1554 | 1 | 64,35 |
| EL COPEY | 3238 | 2 | 61,77 |
| PELAYA | 2072 | 1 | 48,26 |
| SAN ALBERTO | 2415 | 1 | 41,41 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 2722 | 1 | 36,74 |
| CURUMANÍ | 3090 | 1 | 32,36 |
| AGUACHICA | 9628 | 3 | 31,16 |
| BOSCONIA | 4551 | 1 | 21,97 |
| VALLEDUPAR | 43266 | 8 | 18,49 |
| ASTREA | 2641 | 0 | 0,00 |
| CHIMICHAGUA | 4172 | 0 | 0,00 |
| EL PASO | 2893 | 0 | 0,00 |
| GAMARRA | 1524 | 0 | 0,00 |
| GONZÁLEZ | 771 | 0 | 0,00 |
| LA GLORIA | 1560 | 0 | 0,00 |
| MANAURE | 1586 | 0 | 0,00 |
| PAILITAS | 1848 | 0 | 0,00 |
| RÍO DE ORO | 1374 | 0 | 0,00 |
| SAN MARTÍN | 2078 | 0 | 0,00 |
| TAMALAMEQUE | 1601 | 0 | 0,00 |
| | 110.611 | 35 | 31,64 |
| | Sin Notificación | | |
| | Bajo Riesgo | | |
| | Mediano Riesgo | | |
| | Alto Riesgo | | |
| | Muy Alto Riesgo | | |
| PERCENTIL | 25 | 33,46 | |
| PERCENTIL | 50 | 55,01 | |
| PERCENTIL | 75 | 94,88 | |

Fuente: **SIVIGILA. Secretaria de Salud Departamental**



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.4.1. Mortalidad Perinatal. La tendencia de la mortalidad perinatal en el municipio desde el año 2006 al 2010, muestra una disminución sustancial en los últimos cuatro años, pero en el año 2011 se evidenció un aumento que casi triplica los casos en relación al año 2010.

La incidencia por 1.000 nacidos vivos del 2010 fue de 9,4 y la del 2011 fue de 26,4 con un aumento del 280%.

2.4.2. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Uno de los programas que genera mayor impacto en la población es el PAI y el que con mayor eficacia evalúa la prestación y cobertura de los servicios de salud.

Las coberturas por biológico logradas en el municipio fueron superiores a las alcanzadas en el Departamento, obteniendo para Polio 153,6% (102,6% en el Departamento), Pentavalente 159,9% (106% en el Departamento), BCG 131,65% (113,9% en el Departamento), Rotavirus 145,9% (99,2% en el Departamento), Triple viral 166,5% (108% en el Departamento), Fiebre Amarilla 167% (108 en el Departamento) y en el Neumococo 124,6% (81,9% en el Departamento).

Tabla 28. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones contra Polio, Pentavalente y BCG, Departamento del Cesar, Año 2011

| | | |
|--|--|--------------|
| Población Menor de 1 año: 534 | BCG: RN hasta 28 días + > 1 Año. Dosis única | 735 |
| | % BCG | 137.6 |
| | VOP > 1 año + Vip > 1año 3ras | 820 |
| | %VOP | 153.6 |
| | DPT > 1 año. 3ras | 842 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|-------------------|-------|
| | % DPT 3ras | 157.7 |
| | HB > 1 año. 3ras | 842 |
| | % HB . 3ras | 157.7 |
| | HiB > 1 año. 3ras | 842 |
| | % HiB . 3ras | 157.7 |

Fuente: Coordinación PAI, Secretaría Departamental de Salud del Cesar

Tabla 29. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones contra Fiebre Amarilla, Triple Viral, Fiebre Amarilla, Rotavirus, Neumococo, Departamento del Cesar, Año 2011

| | | |
|---|-------------------------------------|-------|
| Población de 1 año: 537 | SRP (T.V.) de un año | 894 |
| | %Triple Viral un año | 166.5 |
| | F.A. 1 año | 897 |
| | %F.A. | 167.0 |
| | Rotavirus de 2 a 3 meses 21 días 1a | 779 |
| | % Rota 1a Dosis | 145.9 |
| | Rotavirus de 4 a 7 meses 29 días 2a | 800 |
| | % Rota 2da Dosis | 149.8 |
| | Neumo. de (12 a 16 meses) 3ra Dosis | 669 |
| | % Neumo 3ra dosis | 124.6 |

Fuente: Coordinación PAI, Secretaría Departamental de Salud del Cesar



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 30. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones contra Influenza 1er y 2do Refuerzo Polio, DPT, Triple Viral, Fiebre Amarilla, Rotavirus, Neumococo, Departamento del Cesar, Año 2011

| Biológico | La Jagua de Ibirico |
|-------------------------------------|----------------------------|
| % FLU de 6 a 11 Meses 2da | 51.1 |
| VOP 1er REF. al año de la 3ra Dosis | 888 |
| % VOP 1er Ref. | 165.4 |
| DPT 1er REF. al año de la 3ra Dosis | 887 |
| % DPT 1er Ref. | 165.2 |
| VOP 2do. Ref. 5 AÑOS | 802 |
| % VOP 2do Ref. 5 Años | 148.8 |
| DPT 2do. Ref. 5 AÑOS | 801 |
| % DPT 2do Ref. 5 Años | 148.6 |
| T.V. Ref. 5 AÑOS | 748 |
| % TV 2do Ref. 5 Años | 138,8 |

Fuente: Coordinación PAI, Secretaría Departamental de Salud del Cesar

2.4.3. Sífilis Congénita. El municipio de la jagua para el año 2011, no reporto este evento, cumpliendo la meta de eliminación.

2.4.4. VIH. Para el 2011, no se reportaron casos en este grupo de edad.



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.5. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

2.5.1 VIH/SIDA. En el Departamento del Cesar en el año 2011 se notificaron 165 casos de VIH/SIDA, para una proporción de prevalencia de 16,9 casos x 100,000 habitantes; En relación al 2010 se presenta aumento de los casos con un 7,2%.

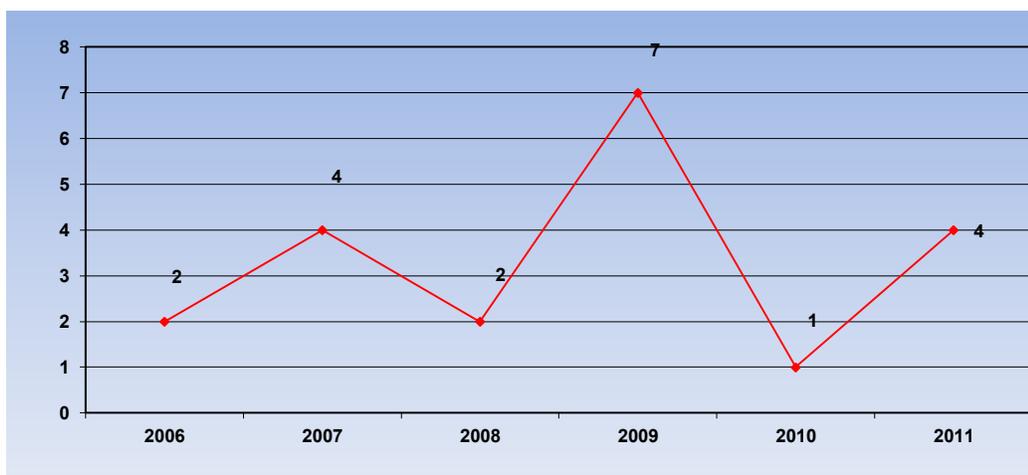
Tabla 31. Frecuencia de Casos de VIH/SIDA, La Jagua De Ibirico, Años 2003-2011

| PROCEDENCIA / AÑO | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| LA JAGUA DE IBIRICO | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 2 | 7 | 1 | 4 |
| CESAR | 12 | 154 | 163 | 169 | 115 | 64 | 191 | 153 | 165 |
| PORCENTAJE (%) | 16,7 | 0,6 | 1,2 | 1,2 | 3,5 | 3,1 | 3,7 | 0,65 | 2,4 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Desde el año 2003, la tendencia de los casos de VIH/SIDA en el Municipio ha sido al aumento, siendo el año 2009 en donde se reportó el mayor número de casos.

Grafico 46. Tendencia de Prevalencia VIH/SIDA, La Jagua De Ibirico, Años 2006-2011



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

El municipio de La Jagua de Ibirico reportó 4 casos durante el año, con una proporción de prevalencia de 17,8 casos x 100.000 habitantes, superando en un 1% la prevalencia departamental. El promedio de edad fue de 27 años, con una edad mínima de 17 años y una máxima de 51 años. El grupo con mayor carga de



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



enfermedad fue el de 15-44 años. Se presentó el fallecimiento de un paciente masculino, el cual se complicó con tuberculosis pulmonar. Los cuatro pacientes fueron confirmados.

Tabla 32. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA según Grupo de Edad, La Jagua De Ibirico 2011.

| GRUPO DE EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|------------|------------|
| MENOR DE 1 AÑO | 0 | 0% |
| 1-4 AÑOS | 0 | 0% |
| 5-14 AÑOS | 0 | 0% |
| 15-44 AÑOS | 3 | 75% |
| 45-64 AÑOS | 1 | 25% |
| 65 Y MAS AÑOS | 0 | 0 |
| TOTAL | 4 | 100% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

El sexo más afectado por VIH fue el Femenino, con el 75% de los casos, las Amas de Casa fueron las más comprometidas, el 100% de los casos fueron pertenecieron a otros grupos poblacionales, el 100% de los casos estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por medio del régimen Subsidiado.

Tabla 33. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA según Sexo, La Jagua De Ibirico 2011

| SEXO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|------------|
| MASCULINO | 1 | 25% |
| FEMENINIO | 3 | 75% |
| TOTAL | 4 | 100% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 34. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA según Grupo Ocupacional, La Jagua De Ibirico 2011

| GRUPO OCUPACIONAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| Ama de Casa | 2 | 50% |
| Conductores de buses, microbuses y colectivos | 1 | 25% |
| no aplica | 1 | 25% |
| TOTAL | 4 | 100% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

El 100% de los casos se presentaron en la cabecera municipal, los barrios de residencia de los afectados reportados fueron Galán, Las Malviras y Calle central.

Tabla 35. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA de Acuerdo al Sitio de Ocurrencia, La Jagua De Ibirico, Año 2011

| VEREDA/BARRIO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| CALLE CENTRAL | 2 | 50% |
| GALAN | 1 | 25% |
| LAS MALVIRAS | 1 | 25% |
| TOTAL | 4 | 100% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

En el 100% de los casos, el mecanismo probable de transmisión fue el heterosexual. El 75% de los casos se encuentran en estadio VIH y un caso fallecido.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 36. Distribución Porcentual de Casos de VIH/SIDA de Acuerdo al Estadio Clínico, La Jagua De Ibirico 2011.

| ESTADIO CLINICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| VIH | 3 | 75% |
| SIDA | 0 | 0% |
| FALLECIDO | 1 | 25% |
| TOTAL | 4 | 100% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Los casos no ameritaron hospitalización a excepción del paciente fallecido.

Tabla 37. Porcentaje de Distribución de Casos de VIH/SIDA de Acuerdo a La Necesidad de Hospitalización, La Jagua De Ibirico, Año 2011

| HOSPITALIZADO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| NO | 3 | 75% |
| SI | 1 | 25% |
| TOTAL | 4 | 100% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Tabla 38. VIH/SIDA de Acuerdo a Unidad Primaria Generadora de Datos que Reporta, La Jagua De Ibirico, Año 2011

| UPGD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|------------|
| SI ES SALUD S.A | 2 | 50% |
| CALIDAD MEDICA IPS | 1 | 25% |
| HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES | 1 | 25% |
| TOTAL | 4 | 100% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

La prevalencia x 100.000 habitantes del municipio fue de 17.8, ubicándose en el cuarto lugar de la clasificación departamental como municipio de muy alto riesgo.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 39. Razón de Prevalencia de VIH/SIDA Departamento del Cesar Año 2011

| MUNICIPIO | POBLACION 2011 | Nº CASOS | RAZON DE PREVALENCIA X 100.000 HABITANTES |
|---------------------|----------------|------------|---|
| VALLEDUPAR | 412.967 | 117 | 28,3 |
| CHIRIGUANA | 20.691 | 5 | 24,2 |
| LA GLORIA | 13.612 | 3 | 22,0 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 22.486 | 4 | 17,8 |
| SAN DIEGO | 13.558 | 2 | 14,8 |
| EL PASO | 22.082 | 3 | 13,6 |
| AGUACHICA | 88.883 | 12 | 13,5 |
| GAMARRA | 15.777 | 2 | 12,7 |
| BOSCONIA | 34.734 | 4 | 11,5 |
| SAN ALBERTO | 22.757 | 2 | 8,8 |
| TAMALAMEQUE | 13.973 | 1 | 7,2 |
| PAILITAS | 16.710 | 1 | 6,0 |
| PELAYA | 17.401 | 1 | 5,7 |
| AGUSTIN CODAZZI | 52.235 | 3 | 5,7 |
| SAN MARTIN | 18.089 | 1 | 5,5 |
| ROBLES (LA PAZ) | 22.522 | 1 | 4,4 |
| CURUMANI | 25.682 | 1 | 3,9 |
| EL COPEY | 25.956 | 1 | 3,9 |
| CHIMICHAGUA | 30.877 | 1 | 3,2 |
| GONZALEZ | 7.842 | | 0,0 |
| MANAURE | 13.198 | | 0,0 |
| PUEBLO BELLO | 20.154 | | 0,0 |
| RIO DE ORO | 14.248 | | 0,0 |
| ASTREA | 18.901 | | 0,0 |
| BECERRIL | 13.680 | | 0,0 |
| TOTAL | 979.015 | 165 | 16,9 |
| Alto Riesgo | | | |
| Alto Riesgo | | | |
| Mediano Riesgo | | | |
| Bajo Riesgo | | | |
| Sin Notificación | | | |
| PERCENTIL 25 | | 5,74 | |
| PERCENTIL 50 | | 10,15 | |
| PERCENTIL 75 | | 14,46 | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 40. Razón de Prevalencia de VIH/SIDA Departamento del Cesar Año 2010

| MUNICIPIO | POBLACION 2010 | N° CASOS | RAZON DE PREVALENCIA X 100.000 HABITANTES |
|---------------------|----------------|------------|---|
| PELAYA | 17.253 | 6 | 34,8 |
| VALLEDUPAR | 403.115 | 97 | 24,1 |
| CURUMANI | 26.010 | 6 | 23,1 |
| AGUACHICA | 87.821 | 17 | 19,4 |
| SAN MARTIN | 17.980 | 3 | 16,7 |
| BECERRIL | 13.736 | 2 | 14,6 |
| SAN ALBERTO | 22.285 | 3 | 13,5 |
| CODAZZI | 52.542 | 7 | 13,3 |
| GONZALEZ | 8.062 | 1 | 12,4 |
| ASTREA | 18.817 | 2 | 10,6 |
| LA PAZ | 22.438 | 2 | 8,9 |
| MANAURE | 12.873 | 1 | 7,8 |
| PAILITAS | 16.582 | 1 | 6,0 |
| CHIRIGUANA | 20.945 | 1 | 4,8 |
| EL PASO | 21.884 | 1 | 4,6 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 22.435 | 1 | 4,5 |
| CHIMICHAGUA | 30.901 | 1 | 3,2 |
| BOSCONIA | 34.099 | 1 | 2,9 |
| GAMARRA | 15.551 | 0 | 0,0 |
| TAMALAMEQUE | 13.988 | 0 | 0,0 |
| PUEBLO BELLO | 19.650 | 0 | 0,0 |
| RIO DE ORO | 14.273 | 0 | 0,0 |
| EL COPEY | 25.816 | 0 | 0,0 |
| SAN DIEGO | 13.604 | 0 | 0,0 |
| LA GLORIA | 13.760 | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 966.420 | 153 | 15,8 |
| MUY ALTO RIESGO | | | |
| ALTO RIESGO | | | |
| MEDIANO RIESGO | | | |
| BAJO RIESGO | | | |
| SIN NOTIFICACION | | | |
| PERCENTIL 25 | | 5,09 | |
| PERCENTIL 50 | | 11,52 | |
| PERCENTIL 75 | | 16,15 | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.5.2. Sífilis Congénita. En el 2011 se diagnosticaron en el Departamento 56 casos de sífilis congénita, 8 fueron descartados por error de digitación y 4 por laboratorio, para un resultado de 44 casos, disminuyendo en un 20% en relación al 2010. La tasa de incidencia Departamental fue de 2.2 X 1.000 nacidos vivos. El Departamento y el 32% de los municipios no cumplieron con la meta de eliminación (menor de 0,5 x 1000 nacidos vivos).

El municipio de La Jagua de Ibirico cumplió con la meta de eliminación.

Tabla 41. Tasas de Incidencia de Sífilis Congénita X 1000 Nacidos Vivos, según Municipios, Cesar 2011.

| MUNICIPIO | NACIDOS VIVOS 2011 | CASOS | RAZON DE MORTALIDAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS |
|---------------------|--------------------|-----------|---|
| EL COPEY | 482 | 6 | 12,45 |
| BOSCONIA | 708 | 6 | 8,47 |
| SAN DIEGO | 299 | 1 | 3,34 |
| EL PASO | 611 | 2 | 3,27 |
| SAN MARTIN | 345 | 1 | 2,90 |
| VALLEDUPAR | 9.617 | 23 | 2,39 |
| AGUACHICA | 1.657 | 3 | 1,81 |
| CODAZZI | 1.115 | 2 | 1,79 |
| PELAYA | 301 | 0 | 0,00 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 529 | 0 | 0,00 |
| MANAURE | 119 | 0 | 0,00 |
| GAMARRA | 132 | 0 | 0,00 |
| PUEBLO BELLO | 189 | 0 | 0,00 |
| GONZALEZ | 52 | 0 | 0,00 |
| PAILITAS | 323 | 0 | 0,00 |
| LA PAZ | 385 | 0 | 0,00 |
| CURUMANI | 581 | 0 | 0,00 |
| ASTREA | 375 | 0 | 0,00 |
| BECERRIL | 304 | 0 | 0,00 |
| RIO DE ORO | 171 | 0 | 0,00 |
| CHIRIGUANA | 628 | 0 | 0,00 |
| LA GLORIA | 196 | 0 | 0,00 |
| SAN ALBERTO | 398 | 0 | 0,00 |
| TAMALAMEQUE | 231 | 0 | 0,00 |
| CHIMICHAGUA | 532 | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 20.280 | 44 | 2,17 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | |
|------------------|------|
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |
| SIN NOTIFICACION | |
| PERCENTIL 25 | 2,25 |
| PERCENTIL 50 | 3,09 |
| PERCENTIL 75 | 4,63 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Tabla 42. Tasas de Incidencia de Sífilis Congénita X 1000 Nacidos Vivos, según Municipios, Cesar 2010

| MUNICIPIO | NACIDOS VIVOS 2010 | CASOS | INCIDENCIA POR 1.000 NACIDOS VIVOS |
|---------------------|--------------------|-----------|------------------------------------|
| EL COPEY | 482 | 5 | 10,37 |
| LA GLORIA | 196 | 2 | 10,20 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 529 | 4 | 7,56 |
| PELAYA | 301 | 2 | 6,64 |
| RIO DE ORO | 171 | 1 | 5,85 |
| CURUMANI | 581 | 3 | 5,16 |
| SAN ALBERTO | 398 | 2 | 5,03 |
| SAN DIEGO | 299 | 1 | 3,34 |
| CODAZZI | 1.115 | 3 | 2,69 |
| ASTREA | 375 | 1 | 2,67 |
| VALLEDUPAR | 9123 | 24 | 2,63 |
| LA PAZ | 385 | 1 | 2,60 |
| AGUACHICA | 1.657 | 4 | 2,41 |
| CHIMICHAGUA | 532 | 1 | 1,88 |
| CHIRIGUANA | 628 | 1 | 1,59 |
| BECERRIL | 304 | 0 | 0,00 |
| BOSCONIA | 708 | 0 | 0,00 |
| EL PASO | 611 | 0 | 0,00 |
| GAMARRA | 132 | 0 | 0,00 |
| GONZALEZ | 52 | 0 | 0,00 |
| MANAURE | 119 | 0 | 0,00 |
| PAILITAS | 323 | 0 | 0,00 |
| PUEBLO BELLO | 189 | 0 | 0,00 |
| SAN MARTIN | 345 | 0 | 0,00 |
| TAMALAMEQUE | 231 | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 19.786 | 55 | 2,78 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

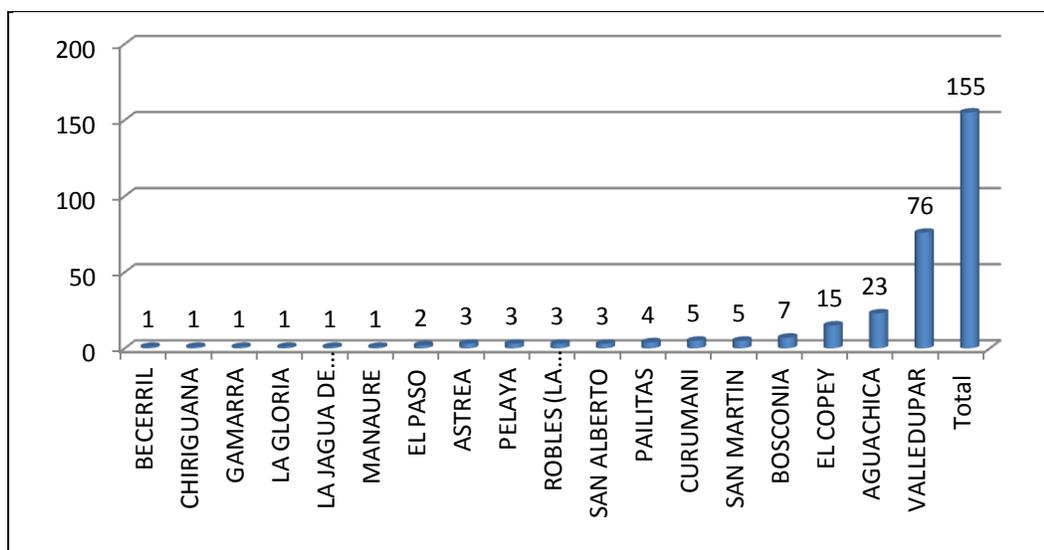


| | |
|------------------|------|
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |
| SIN NOTIFICACION | |
| PERCENTIL 25 | 2,61 |
| PERCENTIL 50 | 3,34 |
| PERCENTIL 75 | 6,25 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

2.5.3. Sífilis Gestacional. De sífilis Gestacional se notificaron 155 casos; disminuyendo en un 1% el reporte de este evento en relación al año 2010. Los municipios que reportaron el mayor número de casos fueron Valledupar con 36%, Aguachica 11%, Chiriguana y El Copey con el 7%.

Grafico 47. Número de Casos de Sífilis Gestacional según Municipios de Procedencia, Cesar 2011



Fuente: Secretaría de Salud Departamental. Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 43. Incidencia de Sífilis Gestacional por 1.000 Nacidos Vivos, Departamento del Cesar Año 2011

| MUNICIPIO | NACIDOS VIVOS 2011 | CASOS | RAZON DE MORTALIDAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS |
|---------------------|--------------------|------------|---|
| EL COPEY | 482 | 15 | 31,12 |
| SAN MARTIN | 345 | 5 | 14,49 |
| AGUACHICA | 1.657 | 23 | 13,88 |
| PAILITAS | 323 | 4 | 12,38 |
| PELAYA | 301 | 3 | 9,97 |
| BOSCONIA | 708 | 7 | 9,89 |
| CURUMANI | 581 | 5 | 8,61 |
| MANAURE | 119 | 1 | 8,40 |
| ASTREA | 375 | 3 | 8,00 |
| VALLEDUPAR | 9.617 | 76 | 7,90 |
| LA PAZ | 385 | 3 | 7,79 |
| GAMARRA | 132 | 1 | 7,58 |
| SAN ALBERTO | 398 | 3 | 7,54 |
| LA GLORIA | 196 | 1 | 5,10 |
| BECERRIL | 304 | 1 | 3,29 |
| EL PASO | 611 | 2 | 3,27 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 529 | 1 | 1,89 |
| CHIRIGUANA | 628 | 1 | 1,59 |
| SAN DIEGO | 299 | 0 | 0,00 |
| PUEBLO BELLO | 189 | 0 | 0,00 |
| GONZALEZ | 52 | 0 | 0,00 |
| RIO DE ORO | 171 | 0 | 0,00 |
| CODAZZI | 1.115 | 0 | 0,00 |
| TAMALAMEQUE | 231 | 0 | 0,00 |
| CHIMICHAGUA | 532 | 0 | 0,00 |
| TOTAL | 20.280 | 155 | 7,64 |

| | |
|------------------|------|
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |
| SIN NOTIFICACION | |
| PERCENTIL 25 | 5,71 |
| PERCENTIL 50 | 7,95 |
| PERCENTIL 75 | 9,95 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 44. Incidencia de Sífilis Gestacional por 1.000 Nacidos Vivos, Departamento del Cesar Año 2010

| MUNICIPIO | NACIDOS VIVOS 2010 | CASOS | INCIDENCIA POR 1.000 NACIDOS VIVOS |
|---------------------|--------------------|------------|------------------------------------|
| PUEBLO BELLO | 189 | 5 | 26,46 |
| EL COPEY | 482 | 12 | 24,90 |
| BECERRIL | 304 | 6 | 19,74 |
| CHIRIGUANA | 628 | 11 | 17,52 |
| TAMALAMEQUE | 231 | 4 | 17,32 |
| MANAURE | 119 | 2 | 16,81 |
| LA GLORIA | 196 | 3 | 15,31 |
| GAMARRA | 132 | 2 | 15,15 |
| ASTREA | 375 | 5 | 13,33 |
| BOSCONIA | 708 | 8 | 11,30 |
| LA PAZ | 385 | 4 | 10,39 |
| AGUACHICA | 1.657 | 17 | 10,26 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 529 | 5 | 9,45 |
| PAILITAS | 323 | 3 | 9,29 |
| SAN MARTIN | 345 | 3 | 8,70 |
| SAN ALBERTO | 398 | 3 | 7,54 |
| PELAYA | 301 | 2 | 6,64 |
| VALLEDUPAR | 9.123 | 58 | 6,36 |
| RIO DE ORO | 171 | 1 | 5,85 |
| CHIMICHAGUA | 532 | 2 | 3,76 |
| SAN DIEGO | 299 | 1 | 3,34 |
| CURUMANI | 581 | 1 | 1,72 |
| EL PASO | 611 | 1 | 1,64 |
| CODAZZI | 1.115 | | 0,00 |
| GONZALEZ | 52 | | 0,00 |
| TOTAL | 19.786 | 159 | 8,04 |

| | |
|------------------|-------|
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |
| SIN NOTIFICACION | |
| PERCENTIL 25 | 6,50 |
| PERCENTIL 50 | 10,26 |
| PERCENTIL 75 | 16,06 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En el Municipio se reportó 1 caso de sífilis gestacional (1% del total departamental), la cual reportó la realización de control prenatal, se le administró el esquema terapéutico completo, pertenece al régimen subsidiado.

El Municipio de La Jagua de Ibirico se encuentra en bajo riesgo de presentar nuevos casos de Sífilis Gestacional.

2.5.4. Hepatitis B. Durante el año 2011 se reportaron al SIVIGILA 39 personas con Hepatitis B, 5 fueron descartados por error de digitación y 9 por laboratorio, para un resultado de 25 casos disminuyendo en un 46% en relación al 2010, con una incidencia de 2,5 x 100,000 habitantes.

En el Municipio de La Jagua de Ibirico se notificaron dos casos en el año 2011, uno fue de sexo femenino, ambos estaban ubicados en el área urbana, el 50% presento mecanismo de transmisión fue horizontal y el restante desconocido.

Tabla 45. Razón de Prevalencia de Hepatitis B por 100.000 Habitantes, Departamento del Cesar, Año 2011

| MUNICIPIO | POBLACION 2011 | Nº CASOS | RAZON DE PREVALENCIA X 100.000 HABITANTES |
|---------------------|----------------|----------|---|
| LA JAGUA DE IBIRICO | 22.486 | 2 | 8,9 |
| CURUMANI | 25.682 | 2 | 7,8 |
| SAN DIEGO | 13.558 | 1 | 7,4 |
| AGUACHICA | 88.883 | 5 | 5,6 |
| VALLEDUPAR | 412.967 | 14 | 3,4 |
| CODAZZI | 52.235 | 1 | 1,9 |
| RIO DE ORO | 14.248 | | 0,0 |
| PELAYA | 17.401 | | 0,0 |
| LA GLORIA | 13.612 | | 0,0 |
| BOSCONIA | 34.734 | | 0,0 |
| SAN MARTIN | 18.089 | | 0,0 |
| EL PASO | 22.082 | | 0,0 |
| LA PAZ | 22.522 | | 0,0 |
| BECERRIL | 13.680 | | 0,0 |
| SAN ALBERTO | 22.757 | | 0,0 |
| GONZALEZ | 7.842 | | 0,0 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | |
|--------------|----------------|-----------|-------------|
| ASTREA | 18.901 | | 0,0 |
| MANAURE | 13.198 | | 0,0 |
| PAILITAS | 16.710 | | 0,0 |
| CHIRIGUANA | 20.691 | | 0,0 |
| CHIMICHAGUA | 30.877 | | 0,0 |
| GAMARRA | 15.777 | | 0,0 |
| TAMALAMEQUE | 13.973 | | 0,0 |
| PUEBLO BELLO | 20.154 | | 0,0 |
| EL COPEY | 25.956 | | 0,0 |
| TOTAL | 979.015 | 25 | 2,55 |

| | |
|------------------|------|
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |
| SIN NOTIFICACION | |
| PERCENTIL 25 | 3,95 |
| PERCENTIL 50 | 6,50 |
| PERCENTIL 75 | 7,68 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

El Municipio de La Jagua de Ibirico se encuentra en muy alto riesgo de presentar nuevos casos de Hepatitis B.

Tabla 46. Razón de Prevalencia de Hepatitis B por 100.000 Habitantes, Departamento del Cesar, Año 2010

| MUNICIPIO | POBLACION 2010 | Nº CASOS | RAZON DE PREVALENCIA X 100.000 HABITANTES |
|------------|----------------|----------|---|
| RIO DE ORO | 14.273 | 2 | 14,0 |
| PELAYA | 17.253 | 2 | 11,6 |
| CODAZZI | 52.542 | 4 | 7,6 |
| LA GLORIA | 13.760 | 1 | 7,3 |
| VALLEDUPAR | 403.115 | 29 | 7,2 |
| BOSCONIA | 34.099 | 2 | 5,9 |
| SAN MARTIN | 17.980 | 1 | 5,6 |
| EL PASO | 21.884 | 1 | 4,6 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | |
|---------------------|----------------|-----------|-------------|
| LA PAZ | 22.438 | 1 | 4,5 |
| AGUACHICA | 87.821 | 3 | 3,4 |
| CURUMANI | 26.010 | 0 | 0,0 |
| BECERRIL | 13.736 | 0 | 0,0 |
| SAN ALBERTO | 22.285 | 0 | 0,0 |
| GONZALEZ | 8.062 | 0 | 0,0 |
| ASTREA | 18.817 | 0 | 0,0 |
| MANAURE | 12.873 | 0 | 0,0 |
| PAILITAS | 16.582 | 0 | 0,0 |
| CHIRIGUANA | 20.945 | 0 | 0,0 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 22.435 | 0 | 0,0 |
| CHIMICHAGUA | 30.901 | 0 | 0,0 |
| GAMARRA | 15.551 | 0 | 0,0 |
| TAMALAMEQUE | 13.988 | 0 | 0,0 |
| PUEBLO BELLO | 19.650 | 0 | 0,0 |
| EL COPEY | 25.816 | 0 | 0,0 |
| SAN DIEGO | 13.604 | 0 | 0,0 |
| TOTAL | 966.420 | 46 | 4,76 |
| MUY ALTO RIESGO | | | |
| ALTO RIESGO | | | |
| MEDIANO RIESGO | | | |
| BAJO RIESGO | | | |
| SIN NOTIFICACION | | | |
| PERCENTIL 25 | | 4,82 | |
| PERCENTIL 50 | | 6,53 | |
| PERCENTIL 75 | | 7,53 | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

En el municipio de La Jagua de Ibirico no se registraron casos.

2.5.5. Mortalidad Materna. El departamento del Cesar notificó dieciséis (26) muertes maternas durante la vigencia 2011. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) fue de 128,2 x 100.000 nacidos vivos (26/20280*100.000 NV), aumentando en un 38% con relación al año 2010, en el que la razón de mortalidad fue de 80,87 con 16 muertes y 19786 nacidos vivos.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El 48% (12/25) de los municipios del Departamento presentaron muertes maternas, distribuidos de la siguiente manera: Valledupar (8 casos), Aguachica (4 casos), Curumaní (3 casos), Chiriguana, La Gloria (2), Bosconia, Pelaya, San Martín, Manaure, Codazzi, La Loma y El Copey con (1 caso) respectivamente.

El Municipio en el año 2009 aportó el 9.1% (1/11) del total departamental, hecho ocurrido en una materna de 17 años. Los resultados obtenidos, según la Razón de Mortalidad Materna (RMM) por municipios, ubicaron para ese año a la Jagua de Ibirico como de alto riesgo, con una Razón de Mortalidad Materna de 194,5 x 100.000 nacidos vivos (1/514*100.000 NV). Durante los años 2010 y 2011 no se presentó el evento de mortalidad materna en el municipio.

Tabla 47. Distribución de Casos de Mortalidad Materna Cesar y La Jagua de Ibirico, Años 2003-2011

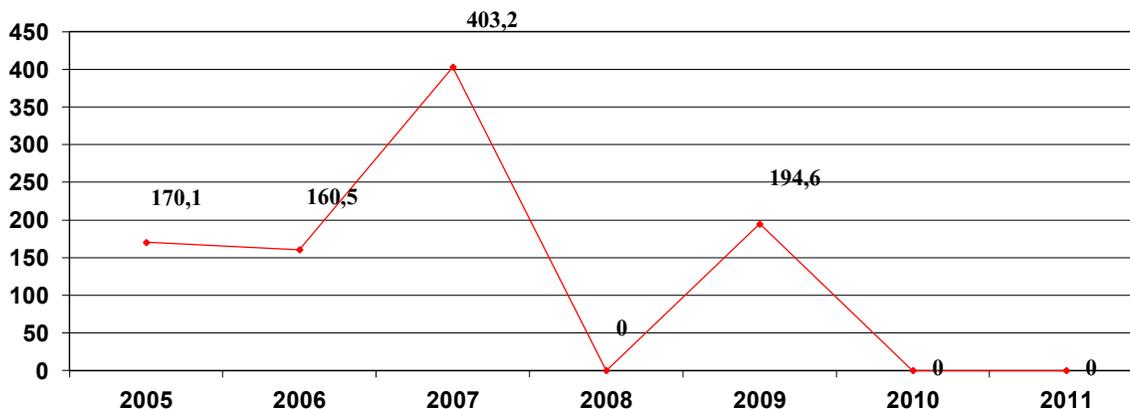
| PROCEDENCIA | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|
| | N.V | Casos | N.V | Casos | N.V | Casos | N.V | Casos | N.V | Casos | N.V | Casos | N.V | Casos | N.V | Casos | N.V | Casos |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 559 | 0 | 551 | 1 | 588 | 1 | 623 | 1 | 248 | 1 | 197 | 0 | 514 | 1 | 529 | 0 | 529 | 0 |
| TOTAL DEPARTAMENTO | 2008 | 17 | 2099 | 16 | 2041 | 12 | 2089 | 13 | 2081 | 4 | 2145 | 15 | 2106 | 11 | 1978 | 16 | 2028 | 26 |
| PORCENTAJE (%) | 2,8 | 0,0 | 2,6 | 6,3 | 2,9 | 8,3 | 3 | 7,7 | 1,2 | 7,7 | 0,9 | 0,0 | 2,4 | 9,1 | 2,7 | 0,0 | 2,6 | 0,0 |
| TASA BRUTA DE M.M LA JAGUA DE IBIRICO | 0,0 | | 181,5 | | 170,1 | | 160,5 | | 403,2 | | 0,0 | | 194,5 | | 0,0 | | 0,0 | |

Fuente: Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud Departamental

Al analizar las mortalidades ocurridas en el Departamento y el municipio desde el año 2006 al 2011, se aprecia que a pesar de venir presentándose 1 caso anual en el municipio, a excepción de los años 2003, 2008, 2010 y 2011, el número de casos en el Departamento bajó en el 2009 a 11 casos y el peso porcentual municipal se incrementó; pero en el 2010 y 2011 no existe participación porcentual por parte del municipio.



Grafico 48. Tendencia de La Razón Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos, La Jagua de Ibirico, Años 2005-2011



Fuente: Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud Departamental

La tendencia del evento en el municipio, desde el año 2005 al 2011, no ha presentado grandes cambios.

2.5.5.1. La Mortalidad Materna y La Atención Prenatal. La atención prenatal registra indicadores de cobertura altos a través de los años, sin embargo, se ha encontrado falta de acceso en varias maternas a la atención en el componente de detección temprana de alteraciones durante el embarazo, lo cual revela falencias en los procesos de demanda inducida al programa. El resultado, pone a discusión la calidad de la intervención obstétrica, tanto por la no captación de las gestantes que no tienen control prenatal, como por la presencia de gestantes en los servicios de salud, cuya atención no contribuye a disminuir los riesgos asociados a la gestación.

El solo hecho de tener contacto con el establecimiento de salud, es un acontecimiento de enorme trascendencia, implica el rompimiento de una serie de factores limitantes, económicos, culturales, geográficos, etc. que permiten que se acceda al servicio de salud, lo que significa la diferencia entre la vida y la muerte, a favor de la vida.



2.5.5.2. La Mortalidad Materna y El Análisis de Las 4 Demoras. Las demoras que se evalúan en la ocurrencia de una mortalidad son de cuatro tipos: la demora tipo 1 está enmarcada en el reconocimiento del problema (prontitud) por parte de la paciente o su entorno familiar, la demora tipo 2 es evaluada por la prontitud en la búsqueda de atención, la demora tipo 3 se analiza por el acceso a la atención y la logística de referencia (remisión oportuna) y por último está la demora tipo 4 que tiene que ver con la calidad en la atención brindada a la paciente.

Las razones para atribuir demora en calidad de la atención es referido a: deficiencias en el tratamiento médico adecuado y oportuno, nula atención prenatal, por lo que no se puede identificar el riesgo, programas de promoción y prevención ineficientes, atención en niveles no acordes a su gravedad, inconvenientes en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.

Al analizar las causas de mortalidad materna en nuestro municipio y sus antecedentes, podemos concluir que es necesario desarrollar intervenciones eficaces de demanda inducida y fomento de derechos en salud, clasificación de los riesgos del embarazo que permitan otorgar una atención adecuada a la madre y al recién nacido, y así prevenir de manera oportuna las complicaciones durante la gestación actuando de forma inmediata de presentarse alguna de las mismas.

La tasa de mortalidad materna (Razón de Mortalidad Materna) mide el riesgo de morir e incluye tanto la posibilidad de quedar embarazada (fecundidad) como de morir durante el embarazo o puerperio; lo cual sirve para establecer una línea de base en el componente de salud sexual y reproductiva por que incorpora el progreso en el uso de planificación familiar (fecundidad, espaciamiento entre embarazos, edad al momento del embarazo) así como el progreso en los servicios de maternidad, acceso y calidad de atención.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 48. Razón de Mortalidad Materna X 100.000 Nacidos Vivos, Departamento del Cesar, Año 2011

| MUNICIPIO | NACIDOS VIVOS 2011 | CASOS | RAZON DE MORTALIDAD POR 100.000 NACIDOS VIVOS |
|---------------------|--------------------|-----------|---|
| LA GLORIA | 196 | 2 | 1020,41 |
| MANAURE | 119 | 1 | 840,34 |
| CURUMANI | 581 | 3 | 516,35 |
| PELAYA | 301 | 1 | 332,23 |
| CHIRIGUANA | 628 | 2 | 318,47 |
| SAN MARTIN | 345 | 1 | 289,86 |
| AGUACHICA | 1.657 | 4 | 241,40 |
| EL COPEY | 482 | 1 | 207,47 |
| EL PASO | 611 | 1 | 163,67 |
| BOSCONIA | 708 | 1 | 141,24 |
| CODAZZI | 1.115 | 1 | 89,69 |
| VALLEDUPAR | 9.617 | 8 | 83,19 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 529 | | 0,00 |
| GAMARRA | 132 | | 0,00 |
| PUEBLO BELLO | 189 | | 0,00 |
| GONZALEZ | 52 | | 0,00 |
| PAILITAS | 323 | | 0,00 |
| LA PAZ | 385 | | 0,00 |
| ASTREA | 375 | | 0,00 |
| BECERRIL | 304 | | 0,00 |
| RIO DE ORO | 171 | | 0,00 |
| SAN ALBERTO | 398 | | 0,00 |
| TAMALAMEQUE | 231 | | 0,00 |
| CHIMICHAGUA | 532 | | 0,00 |
| SAN DIEGO | 299 | | 0,00 |
| TOTAL | 20.280 | 26 | 128,21 |

| | |
|------------------|--------|
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |
| SIN NOTIFICACION | |
| PERCENTIL 25 | 158,06 |
| PERCENTIL 50 | 265,63 |
| PERCENTIL 75 | 378,26 |

FUENTE: SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental



2.5.5.3. Recomendaciones

- Fortalecer la demanda inducida para el inicio temprano del control prenatal.
- Garantizar la calidad de la atención prenatal, parto y posparto en las instituciones de salud, aplicando los protocolos de atención obstétrica
- Implementar la estrategia AIEPI
- Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población rural dispersa. Mediante los grupos de gestores en salud
- Desarrollar adecuadamente los procesos de notificación, análisis e investigación, generando planes de mejoramiento y seguimiento en los COVES Institucionales, municipales y departamentales.

2.5.6. Mortalidad Perinatal. La mortalidad perinatal es aquella que ocurre en el periodo perinatal, el cual va desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 días después del nacimiento y corresponde a un feto de 500 gramos o más.

El total de muertes perinatales reportadas en el Departamento del Cesar durante el año 2011 fue de 213 casos; el 58% de las muertes fueron intrauterinas (mortinatos), las cuales ocurrieron en el anteparto. La tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos en el departamento fue de 10.5, manteniéndose en la misma proporción con relación al año 2010.

Cuadro 7. Comparativo de La Distribución de Casos de Mortalidad Perinatal Departamento del Cesar y La Jagua de Ibirico, Años 2006-2011

| AÑO | CASOS CESAR | CASOS LA JAGUA DE IBIRICO | PORCENTAJE | NACIDOS VIVOS LA JAGUA | INCIDENCIA POR 1000 NACIDOS VIVOS |
|------|-------------|---------------------------|------------|------------------------|-----------------------------------|
| 2006 | 312 | 13 | 4.2 | 623 | 20,9 |
| 2007 | 271 | 7 | 2.6 | 248 | 28,2 |
| 2008 | 301 | 8 | 2.7 | 197 | 40,6 |
| 2009 | 266 | 9 | 3.4 | 514 | 17,5 |
| 2010 | 206 | 5 | 2.4 | 529 | 9,45 |
| 2011 | 213 | 14 | 6.5 | 529 | 26,4 |



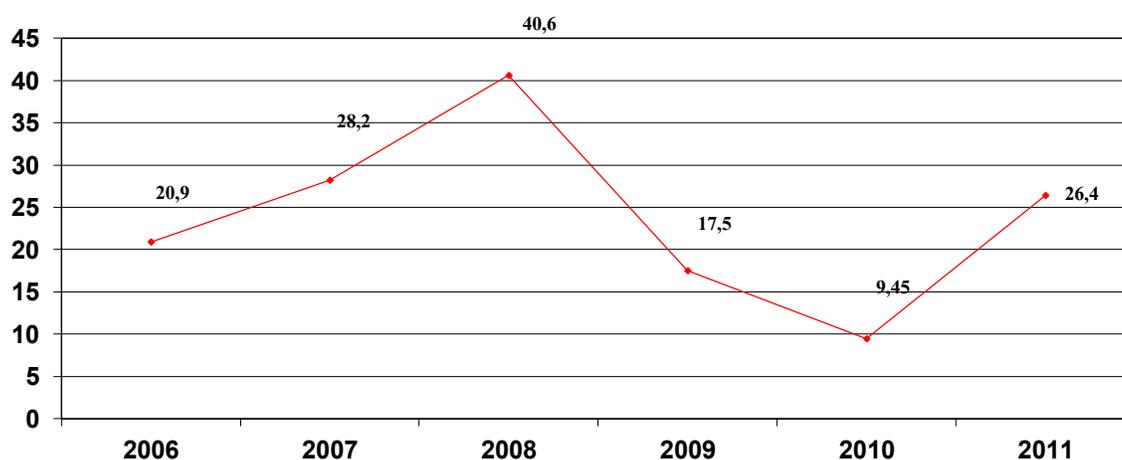
PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

La tendencia de la mortalidad perinatal en el municipio desde el año 2006 al 2010, muestra una disminución sustancial en los últimos cuatro años, pero en el año 2011 se evidenció un aumento que casi triplica los casos en relación al año 2010.

Grafico 48. Tendencia de La Mortalidad Perinatal, La Jagua de Ibirico, Años 2006-2011



Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El municipio de La Jagua de Ibirico reportó durante el año 2011, 14 mortalidades perinatales, clasificándose como muy alto riesgo según mortalidad por 1.000 nacidos vivos, con una incidencia de 26,4 muertes por cada mil nacidos vivos, por encima del promedio departamental que fue de 10,5 y aportando el 6,5% del total departamental.

La incidencia por 1.000 nacidos vivos del 2010 fue de 9,4 y la del 2011 fue de 26,4 con un aumento del 280%.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 7. Riesgo para Mortalidad Perinatal según Tasas X 1.000 Nacidos Vivos, Cesar Año 2011

MORTALIDAD PERINATAL POR 1.000 NACIDOS VIVOS DEPARTAMENTO DEL CESAR AÑO 2011

| MUNICIPIO | NACIDOS VIVOS 2011 | CASOS | RAZON DE MORTALIDAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS |
|---------------------|--------------------|------------|---|
| PELAYA | 301 | 9 | 29,90 |
| LA JAGUA DE IBIRICO | 529 | 14 | 26,47 |
| MANAURE | 119 | 3 | 25,21 |
| GAMARRA | 132 | 3 | 22,73 |
| PUEBLO BELLO | 189 | 4 | 21,16 |
| GONZALEZ | 52 | 1 | 19,23 |
| PAILITAS | 323 | 6 | 18,58 |
| LA PAZ | 385 | 6 | 15,58 |
| BOSCONIA | 708 | 11 | 15,54 |
| CURUMANI | 581 | 9 | 15,49 |
| ASTREA | 375 | 5 | 13,33 |
| BECCERRIL | 304 | 4 | 13,16 |
| EL COPEY | 482 | 6 | 12,45 |
| AGUACHICA | 1.657 | 20 | 12,07 |
| RIO DE ORO | 171 | 2 | 11,70 |
| EL PASO | 611 | 7 | 11,46 |
| CHIRIGUANA | 628 | 7 | 11,15 |
| LA GLORIA | 196 | 2 | 10,20 |
| SAN MARTIN | 345 | 3 | 8,70 |
| VALLEDUPAR | 9.617 | 78 | 8,11 |
| CODAZZI | 1.115 | 7 | 6,28 |
| SAN ALBERTO | 398 | 2 | 5,03 |
| TAMALAMEQUE | 231 | 1 | 4,33 |
| CHIMICHAGUA | 532 | 2 | 3,76 |
| SAN DIEGO | 299 | 1 | 3,34 |
| TOTAL | 20.280 | 213 | 10,50 |

| | |
|------------------|-------|
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |
| SIN NOTIFICACION | |
| PERCENTIL 25 | 8,70 |
| PERCENTIL 50 | 12,45 |
| PERCENTIL 75 | 18,58 |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Según el momento en que ocurre la muerte perinatal el 57% de las muertes fueron intrauterinas (mortinatos), las cuales ocurrieron antes del parto, el 36% en prealta y en el momento del parto 7%.

Tabla 49. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Momento de Ocurrencia, Año 2011

| MOMENTO DE OCURRENCIA | CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------|-------|------------|
| ANTEPARTO | 8 | 57 |
| INTRAPARTO | 1 | 7 |
| PREALTA | 5 | 36 |
| TOTAL | 14 | 100 |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 100% de estas muertes correspondieron al sexo femenino. Según el área de procedencia su distribución es urbana en el 50% de los casos notificados.

Tabla 50. Mortalidad Perinatal La Jagua De Ibirico de Acuerdo al Área de Procedencia, Año 2011

| AREA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|------------|
| CABECERA MUNICIPAL | 7 | 50 |
| CENTRO POBLADO | 4 | 29 |
| RURAL DISPERSO | 3 | 21 |
| TOTAL | 14 | 100 |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 22% de las gestantes realizaron estudios de básica primaria, el 64% secundaria, mientras que el 7% de las madres cursó estudios superiores.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 51. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Grado de Escolaridad Materna, Año 2011

| ESCOLARIDAD MATERNA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| PRIMARIA | 3 | 22 |
| SECUNDARIA | 9 | 64 |
| SUPERIOR | 1 | 7 |
| SIN INFORMACION | 1 | 7 |
| TOTAL | 14 | 100 |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

Según afiliación al SGSSS el 79% pertenece al régimen subsidiado y el 7% al régimen Contributivo; según la pertenencia étnica el 40% es raizal y en otros grupos el peso porcentual corresponde al 60%.

Tabla 52. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Régimen de Afiliación al SGSSS, Año 2011

| TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| CONTRIBUTIVO | 1 | 7,00% |
| SUBSIDIADO | 11 | 79,00% |
| NO AFILIADO | 2 | 14,00% |
| TOTAL | 14 | 100,00% |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

Tabla 53. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Pertenencia Étnica, Año 2011

| PERTENENCIA ETNICA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|------------|
| OTROS | 13 | 93 |
| AFROCOLOMBIANO | 1 | 7 |
| TOTAL | 14 | 100 |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 100% de las maternas convivían con el cónyuge.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 54. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Convivencia Materna en El Momento de Ocurrencia, Año 2011

| CONVIVENCIA MATERNA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| CONYUGE | 11 | 79 |
| FAMILIA | 2 | 14 |
| SOLA | 1 | 7 |
| TOTAL | 14 | 100 |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 50% de los casos ocurrieron en primigestantes, el 14% con 2, 3 y 4 gestaciones respectivamente y 1 paciente gran multigestante (7 hijos).

Tabla 55. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico según el Número de Gestaciones al Momento de Ocurrencia, Año 2011

| NUMERO DE GESTACIONES MATERNAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| 1 | 7 | 50% |
| 2 | 2 | 14% |
| 3 | 2 | 14% |
| 4 | 2 | 14% |
| 7 | 1 | 8% |
| TOTAL | 14 | 100% |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 50% (7/14) de los casos tuvieron de 22 a 27 semanas de gestación, solo llegaron a término 2/14 Gestantes.

Tabla 56. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Edad Gestacional, Año 2011

| EDAD GESTACIONAL (SEMANAS) | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|------------|
| 22- 27 | 7 | 50% |
| 28-33 | 3 | 22% |
| 34-39 | 2 | 14% |
| 40 y mas | 2 | 14% |
| TOTAL | 14 | 100% |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



La variable correspondiente al número de controles realizados revela una baja demanda inducida al componente de control prenatal registrándose un 21% sin ningún control; en cuanto a la adherencia al programa solo el 29% alcanzó el porcentaje de cobertura útil. El 50% de las pacientes se realizaron controles con medico general, el 25% con Medico Obstetra y enfermera cada uno respectivamente. Al 57% (8/14) paciente se les realizo clasificación del riesgo Obstétrico.

Tabla 57. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Numero de Controles Prenatales Realizados por La Madre, Año 2011.

| NUMERO DE CONTROLES PRENATALES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| 0 | 3 | 21% |
| 1 a 4 | 7 | 50% |
| 5 a 9 | 3 | 21% |
| 10 y mas | 1 | 8% |
| TOTAL | 14 | 100% |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 71% de los casos tenían bajo peso al nacer, asociado a la edad gestacional en que ocurrieron las defunciones.

Tabla 58. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo al Peso, Año 2011

| PESO DEL FALLECIDO EN GRAMOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------|------------|------------|
| < 1000 | 8 | 57% |
| 1000-1499 | 1 | 7% |
| 1500 a 2499 | 1 | 7% |
| 2500- 3999 | 4 | 29% |
| > 4000 | 0 | 0% |
| TOTAL | 14 | 100% |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

Entre las causas básicas de muerte encontramos que El 44% fallecieron por Síndrome de Dificultad Respiratoria, el 14% a muerte fetal de causa no especificada al igual que parto pretermino.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 59. Mortalidad Perinatal La Jagua de Ibirico de Acuerdo a La Causa Básica de Muerte, Año 2011

| CAUSA BASICA DE MUERTE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|------------|
| SINDROME DIFICULTAD RESPIRATORIA | 6 | 44% |
| MUERTE FETAL CAUSA NO ESPECIFICADA | 2 | 14% |
| PARTO PRETERMINO | 2 | 14% |
| PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL | 1 | 7% |
| MALFORMACIONES CONGENITAS | 1 | 7% |
| ABORTO ESPONTANEO | 1 | 7% |
| TRAUMA OBSTETRICO | 1 | 7% |
| TOTAL | 14 | 100% |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 79% de los casos fueron reportados por IPS de II Nivel.

Tabla 60. Mortalidad Perinatal La Jagua De Ibirico Según Unidad Primaria Generadora De Datos Que Reporta, Año 2011

| UPGD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|------------|
| CLINICA INTEGRAL DE EMERGENCIAS LAURA DANIELA | 4 | 29% |
| HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES | 3 | 21% |
| HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES | 5 | 36% |
| HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ | 2 | 14% |
| TOTAL | 14 | 100% |

Fuente SIVIGILA 2011, Secretaría de Salud Departamental

El 2% de los casos no estaban hospitalizados en el momento del fallecimiento, el 100% de las muertes perinatales ocurrieron en una institución de salud.

Tabla 61. Mortalidad Perinatal La Jagua De Ibirico De Acuerdo A Si Estaba Hospitalizado En El Momento De Ocurrencia, Año 2011

| HOSPITALIZADO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| SI | 10 | 72% |
| NO | 4 | 28% |
| TOTAL | 14 | 100% |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 8. Factores de Riesgo de La Matriz de Priorización. La Jagua De Ibirico, Cesar. 2011

| Problemas y eventos | Factores de riesgo |
|---|---|
| Enfermedad respiratoria IRA | Hacinamiento, desnutrición, malos hábitos higiénicos, deficientes acciones de Prevención y Promoción, baja escolaridad de la población, tabaquismo. |
| Hipertensión | Factores genéticos, sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol, tabaquismo, estrés, hábitos de vida inadecuados, deficiente educación en general, poca promoción y prevención. |
| Accidente cerebro vascular | Tabaquismo, factores genéticos, hiperlipidemias. |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | Tabaquismo, hábitos de salud inadecuados. |
| Varicela | Falta de vacunación, hacinamiento, deficiencia en saneamiento básico. |
| Enfermedad Transmitidas por vectores (dengue, chagas, leishmaniasis) | No uso de toldillos, deficiencia saneamiento básico, inadecuado almacenamiento de agua en tanques. |
| Enfermedad coronaria | Hiperlipidemias, tabaquismo, sedentarismo, hábitos alimenticios inadecuados. |
| Enfermedad Diarreica Aguda | Hábitos higiénicos inadecuados, hábitos alimenticios inadecuados, parasitismo intestinal, mal manejo de las basuras, consumo de agua no potable o recolección y almacenamiento inadecuado, baja cobertura de acueducto y alcantarillado, baja Educación en general. |
| Accidentes de tránsito | Uso inadecuado de la señalización, falta de cultura ciudadana, alcoholismo |
| Tumores malignos | Factores genéticos, inmunosupresión, sustancias químicas. |
| Hepatitis A | Hacinamiento, malos hábitos higiénicos, falta de inocuidad con los alimentos. |
| Hepatitis B | Transmisión sexual, transfusión de sangre |
| Enfermedad Transmisión sexual (VIH, sífilis, otras) | Promiscuidad, falta de uso de preservativos. |
| Enfermedad vías digestivas (Colon irritable, parasitosis intestinal, reflujo) | Factores genéticos, hábitos de salud y alimenticios inadecuados, falta de inocuidad de los alimentos, malos hábitos higiénicos. |
| Enfermedades salud oral | Falta de cepillado, no uso de seda dental, falta de visitas periódicas al odontólogo. |
| Accidente rábico | Falta de vacunación a caninos y gatos. |
| Malnutrición (desnutrición y obesidad) | Desconocimiento de hábitos de salud y alimentación adecuados, sedentarismo, bajos ingresos, descuido de la alimentación de los niños por parte de los padres, falta de inocuidad en los alimentos. |
| Tuberculosis | Inmunosupresión, hacinamiento, malos hábitos higiénicos. |
| Mortalidad materna y perinatal | Falta de cuidados y atención materna, no asistencia a control prenatal, poca accesibilidad al servicio de salud, desconocimiento de los riesgos en la gestación. |
| Violencia y maltrato | Machismo, alcoholismos, inestabilidad emocional de la persona, falta de educación, bajos ingresos. |
| Malnutrición | Bajo ingreso económico, problema de absorción de nutrientes, falta de educación, falta de lactancia materna |
| Tuberculosis | Desnutrición, hacinamiento, malos hábitos higiénicos, inmunosupresión, contacto directo con casos, diabetes. |
| Violencia y maltrato | Machismo, alcoholismo, analfabetismo, problemas económicos, desempleo. |
| Infecciones intrahospitalarias | Contaminación de instrumentos quirúrgicos, susceptibilidad inmunológica, malos hábitos de higiene y esterilización en hospitales |
| Infecciones de la piel | Malos hábitos higiénicos, inmunosupresión, sobre infección en lesiones, exposición a sustancias. |

Fuente: Elaborado por el grupo de trabajo



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



SALUD ORAL

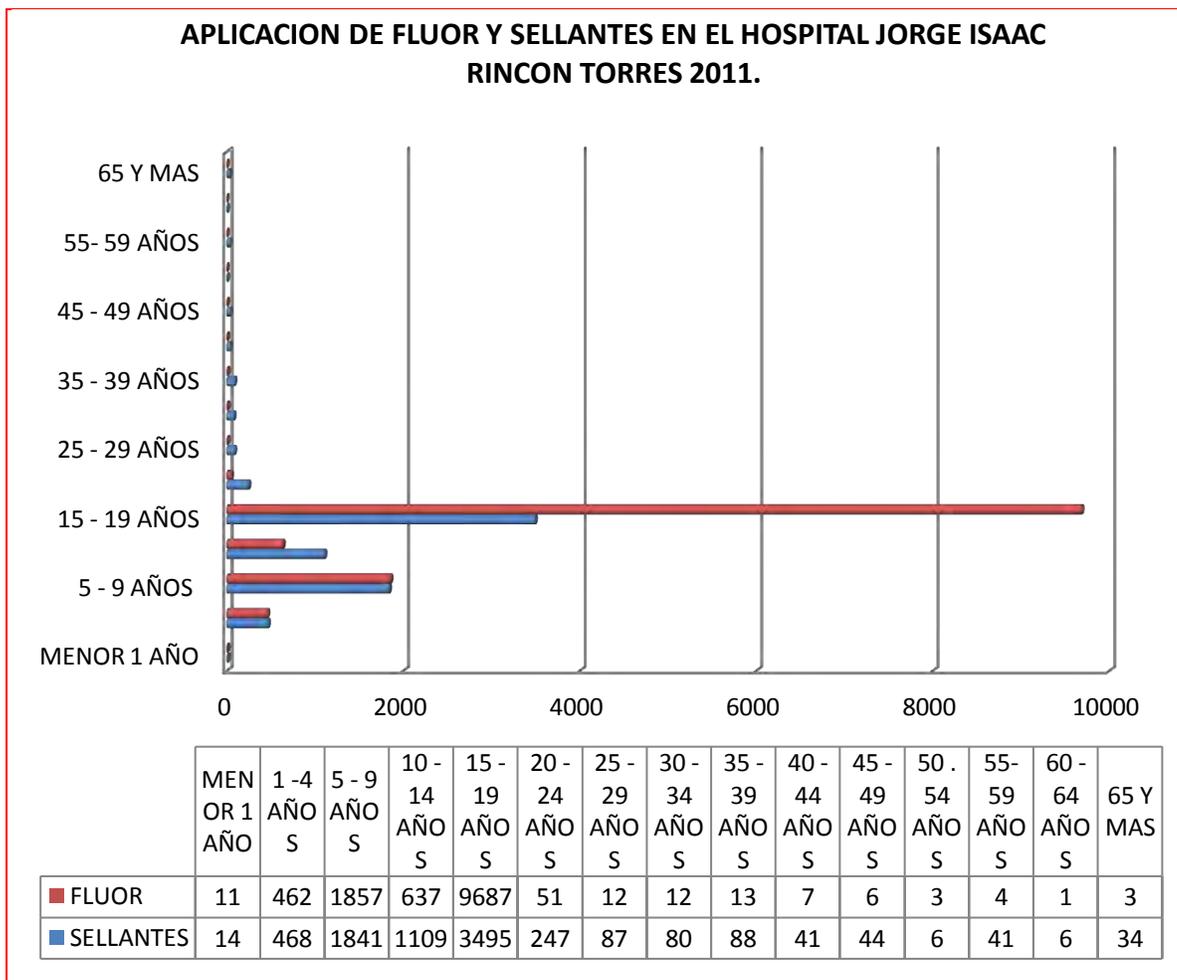


2.6. SALUD ORAL

Para el año 2011, en el Hospital Jorge Isaac Rincón se atendieron 1.547 consultas odontológicas por primera vez, que incluye la anamnesis, examen oral y elaboración del OD y 112 consultas de control y seguimiento por Odontología General.

2.6.1. Sellantes y Flúor. Se aplicaron en el 2011, 7.601 sellantes y 12.766 Flúor. (Ver Grafico 49)

Grafico 49. Sellantes y Flúor por Grupos de Edades.



FUENTE: HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON, 2011, RFAS 8.



ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LAS ZONOSIS



2.7. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Estas enfermedades provocadas por virus y parásitos y que además, comprometen una gran variedad de especies en su cadena transmisora, son de difícil erradicación, por lo que es necesaria la suma de esfuerzos interinstitucionales para comprometer educativamente a la comunidad, con el fin de impedir la proliferación de los vectores.

Entre las enfermedades transmitidas por vectores (ETV), el Dengue es uno de los principales problemas de salud pública en el Cesar y en el municipio de La Jagua de Ibirico, constituyéndose en la principal arbovirosis, en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. A partir de este año, la clasificación de dengue cambia, quedando como casos de dengue (antes llamado dengue clásico) y dengue grave.

La Enfermedad de Chagas, y la Leishmaniasis son de presentación rural; la enfermedad de Chagas está causando gran impacto especialmente en la población rural, atribuido especialmente a las condiciones de sus viviendas que se constituye en el principal factor de riesgo para la permanencia del vector.

En cuanto a malaria el departamento es de bajo riesgo por tener un Índice Parasitario Anual (IPA) menor de 1.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 62. ETV Departamento Del Cesar, Años 1999-2011

| EVENTO/AÑO | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| DENGUE | 810 | 942 | 1923 | 2043 | 815 | 435 | 1550 | 1179 | 1616 | 684 | 677 | 2934 | 1270 |
| DENGUE GRAVE | 59 | 171 | 186 | 83 | 77 | 35 | 159 | 182 | 135 | 11 | 43 | 211 | 121 |
| MORTALIDAD POR DENGUE | - | 1 | - | 1 | 0 | 0 | 5 | 4 | 1 | 0 | 1 | 15 | 5 |
| MALARIA AUTOCTONA | 19 | 144 | 27 | 27 | 23 | 89 | 22 | 7 | 34 | 14 | 16 | 58 | 24 |
| MALARIA IMPORTADA | 40 | 53 | 48 | 58 | 60 | 37 | 46 | 48 | 44 | 16 | 13 | 43 | 66 |
| LEISHMANIA | 58 | 99 | 70 | 45 | 83 | 76 | 98 | 104 | 59 | 61 | 90 | 38 | 18 |
| FIEBRE AMARILLA | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CHAGAS | 10 | 1 | 0 | 30 | 19 | 13 | 28 | 45 | 33 | 22 | 54 | 58 | 52 |

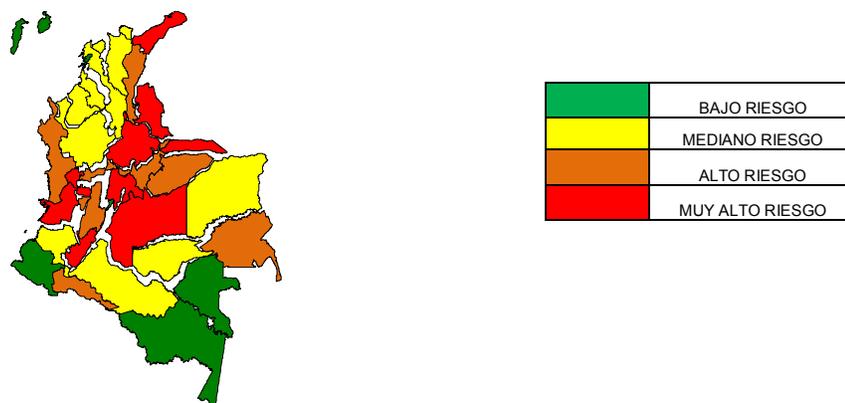
Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

2.7.1. Dengue. El total de casos de dengue reportados por el Departamento en el año 2011 fue de 1476 y dengue grave con 155 casos, en el Municipio de La Jagua de Ibirico se reportaron 87 casos de dengue y dengue grave 22.

A nivel nacional el departamento está catalogado como de alto riesgo.

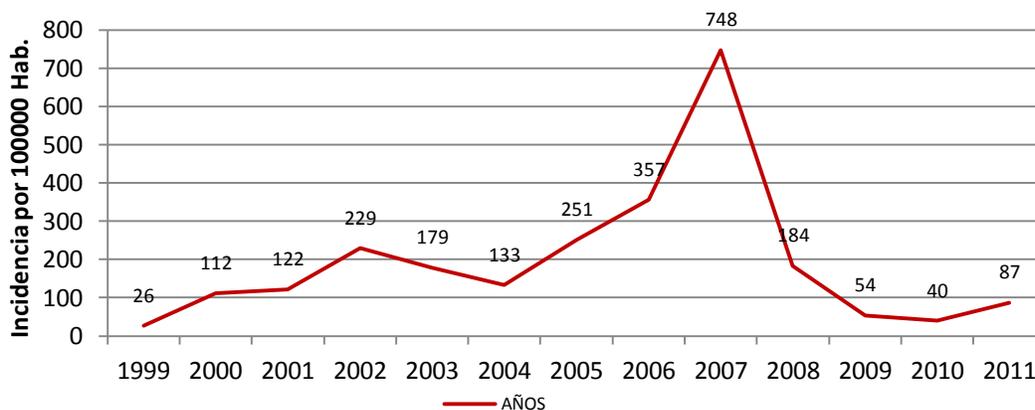


Grafica 50. Estratificación de Incidencia y Letalidad por Dengue, Colombia 2011



El Dengue es un problema de salud pública en el Municipio de La Jagua de Ibirico, porque a pesar de presentar desde el año 2002 una tendencia a la baja y comportándose bien durante el año 2004, a partir de allí hasta el año 2007 se incrementó sustancialmente el número de casos, siendo este último año donde se presentó el mayor número de casos, y a partir de entonces, la tendencia ha sido a la mejoría, pero persiste el problema.

Grafica 51. Tendencia del Dengue según Incidencia, La Jagua De Ibirico Años 1999-2011



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafica 52. Tendencia del Dengue por Periodos Epidemiológicos, La Jagua De Ibirico Años 2011

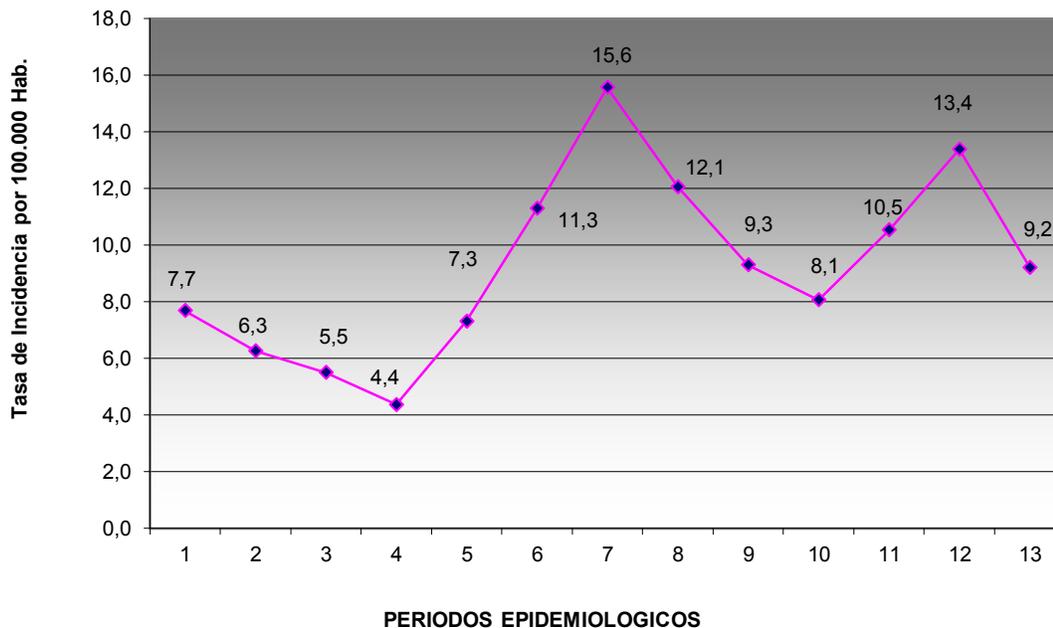
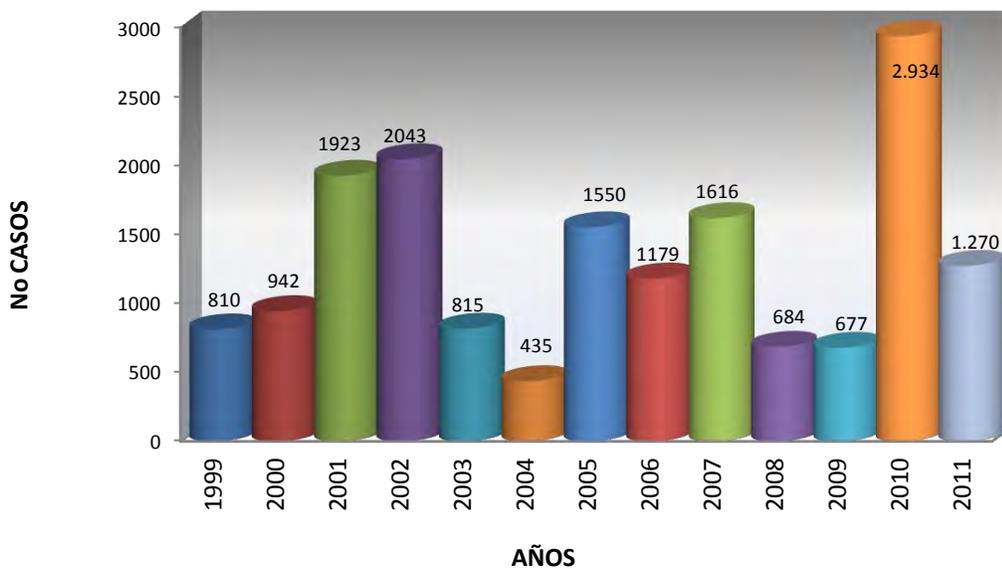


Grafico 53. Dengue Departamento del Cesar. Años 1999-2011.



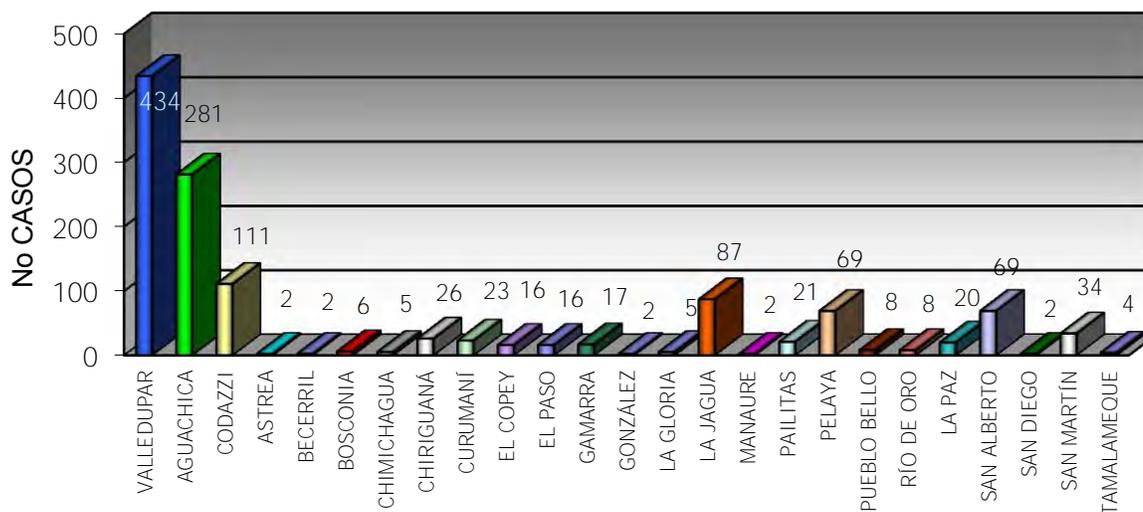
FUENTE: Secretaria De Salud Departamental. 2011.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 54. Dengue por Municipios, Departamento del Cesar, Año 2011



FUENTE: Secretaria De Salud Departamental. 2011.

Las incidencias por cien mil habitantes tanto de dengue general (sumadas las incidencias de dengue y dengue grave) como de dengue, ubican al municipio de La Jagua de Ibirico como uno de los municipios situado permanentemente en muy alto riesgo, especialmente durante los años 2003, 2004, 2006, 2007 y 2008 y en alto riesgo en el resto de años, a excepción de 1999 y 2000.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 63. Clasificación de Riesgo para Dengue por Municipios según Incidencia por 100,000 Habitantes, Cesar Años 1999-2010

| MUNICIPIO | 1999 | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | Casos | Inc. |
| VALLEDUPAR | 209 | 64 | 277 | 82 | 1131 | 327 | 1038 | 293 | 361 | 99 | 181 | 49 | 318 | 89 | 527 | 139 | 816 | 219 | 405 | 106 | 483 | 123 | 1756 | 435 |
| AGUACHICA | 235 | 289 | 167 | 200 | 243 | 285 | 381 | 436 | 84 | 94 | 21 | 23 | 141 | 150 | 69 | 67 | 50 | 52 | 50 | 58 | 28 | 32 | 199 | 227 |
| CODAZZI | 3 | 4 | 6 | 8 | 15 | 20 | 12 | 15 | 5 | 6 | 5 | 6 | 48 | 58 | 31 | 35 | 112 | 133 | 15 | 28 | 33 | 62 | 90 | 171 |
| ASTREA | 113 | 496 | 1 | 4 | 16 | 70 | 6 | 26 | 5 | 22 | 0 | 0 | 16 | 69 | 1 | 4 | 2 | 9 | 9 | 48 | 0 | 0 | 0 | 143 |
| BECCERRIL | 16 | 108 | 2 | 13 | 1 | 7 | 18 | 121 | 15 | 100 | 0 | 0 | 3 | 20 | 0 | 0 | 9 | 60 | 2 | 14 | 1 | 7 | 10 | 73 |
| BOSCONIA | 1 | 4 | 18 | 67 | 4 | 15 | 24 | 89 | 20 | 74 | 10 | 37 | 89 | 327 | 42 | 153 | 6 | 22 | 7 | 21 | 5 | 15 | 6 | 18 |
| CHIMICHAGUA | 2 | 5 | 0 | 0 | 4 | 9 | 2 | 5 | 4 | 9 | 0 | 0 | 219 | 467 | 14 | 29 | 22 | 46 | 2 | 6 | 1 | 3 | 8 | 26 |
| CHIRIGUANÁ | 9 | 29 | 17 | 55 | 36 | 115 | 12 | 38 | 20 | 62 | 9 | 28 | 3 | 8 | 12 | 30 | 2 | 6 | 8 | 37 | 13 | 61 | 223 | 1065 |
| CURUMANÍ | 18 | 48 | 37 | 97 | 92 | 239 | 77 | 197 | 107 | 269 | 13 | 32 | 60 | 147 | 66 | 157 | 19 | 46 | 6 | 23 | 9 | 34 | 61 | 235 |
| EL COPEY | 7 | 27 | 4 | 15 | 11 | 42 | 2 | 8 | 1 | 4 | 4 | 15 | 106 | 397 | 4 | 15 | 10 | 37 | 2 | 8 | 6 | 23 | 13 | 50 |
| EL PASO | 0 | 0 | 6 | 24 | 4 | 16 | 2 | 8 | 1 | 4 | 2 | 8 | 1 | 4 | 2 | 7 | 9 | 33 | 7 | 33 | 0 | 0 | 6 | 27 |
| GAMARRA | 4 | 35 | 0 | 0 | 7 | 60 | 7 | 60 | 3 | 26 | 0 | 0 | 48 | 416 | 18 | 153 | 17 | 145 | 10 | 66 | 1 | 7 | 24 | 154 |
| GONZÁLEZ | 6 | 27 | 10 | 44 | 4 | 17 | 2 | 8 | 21 | 86 | 1 | 4 | 0 | 0 | 5 | 19 | 2 | 8 | 1 | 12 | 0 | 0 | 2 | 25 |
| LA GLORIA | 0 | 0 | 42 | 199 | 3 | 14 | 8 | 36 | 1 | 4 | 1 | 4 | 1 | 4 | 4 | 16 | 15 | 61 | 5 | 36 | 3 | 22 | 19 | 138 |
| LA JAGUA | 7 | 23 | 16 | 51 | 37 | 116 | 74 | 226 | 57 | 170 | 46 | 133 | 84 | 237 | 114 | 300 | 229 | 631 | 41 | 184 | 10 | 45 | 40 | 180 |
| MANAURE | 5 | 49 | 0 | 0 | 4 | 37 | 34 | 304 | 4 | 35 | 0 | 0 | 18 | 147 | 3 | 24 | 7 | 56 | 10 | 82 | 12 | 96 | 38 | 295 |
| PAILITAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | 172 | 4 | 25 | 5 | 31 | 11 | 69 | 30 | 187 | 17 | 105 | 1 | 6 | 8 | 49 | 7 | 43 | 11 | 66 |
| PELAYA | 5 | 29 | 33 | 190 | 10 | 57 | 21 | 117 | 5 | 27 | 3 | 16 | 40 | 211 | 48 | 207 | 94 | 442 | 32 | 189 | 10 | 58 | 12 | 70 |
| PUEBLO BELLO | 0 | 0 | 2 | 0 | 9 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 37 | 0 | 36 | 160 | 19 | 121 | 33 | 210 | 3 | 16 | 4 | 21 | 26 | 132 |
| RÍO DE ORO | 52 | 310 | 4 | 24 | 113 | 689 | 136 | 803 | 4 | 24 | 31 | 182 | 19 | 111 | 4 | 23 | 4 | 23 | 2 | 14 | 1 | 7 | 23 | 161 |
| LA PAZ | 58 | 235 | 55 | 221 | 64 | 255 | 62 | 245 | 4 | 16 | 8 | 31 | 137 | 536 | 37 | 142 | 48 | 184 | 15 | 67 | 22 | 98 | 131 | 584 |
| SAN ALBERTO | 40 | 236 | 64 | 374 | 64 | 372 | 62 | 358 | 60 | 344 | 37 | 211 | 76 | 431 | 92 | 507 | 77 | 433 | 24 | 112 | 5 | 23 | 114 | 512 |
| SAN DIEGO | 2 | 13 | 9 | 56 | 17 | 104 | 13 | 79 | 1 | 6 | 33 | 197 | 41 | 243 | 29 | 170 | 20 | 117 | 15 | 110 | 8 | 59 | 27 | 198 |
| SAN MARTÍN | 12 | 67 | 2 | 11 | 10 | 55 | 41 | 222 | 26 | 140 | 12 | 64 | 16 | 84 | 20 | 104 | 11 | 57 | 5 | 28 | 15 | 84 | 66 | 367 |
| TAMALAMEQUE | 6 | 37 | 172 | 1064 | 6 | 37 | 9 | 55 | 1 | 6 | 2 | 12 | 0 | 0 | 1 | 7 | 1 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14 |
| TOTAL DPTO | 810 | 86 | 944 | 98 | 1932 | 197 | 2050 | 205 | 816 | 80 | 467 | 45 | 1550 | 147 | 1179 | 107 | 1616 | 151 | 684 | 73 | 677 | 71 | 2934 | 304 |

| | |
|-----------------|--------|
| MUY ALTO RIESGO | Red |
| ALTO RIESGO | Orange |
| MEDIANO RIESGO | Yellow |
| BAJO RIESGO | Green |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Teniendo en cuenta el reporte de casos de dengue por los municipios, La Jagua de Ibirico aporta el 1,5% de los casos y comparando el comportamiento entre el 2008 y 2009, notamos que mejoró un 76%, en comparación con el Departamento que solo logró una reducción de 1%.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 64. Comparativo de Dengue por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2010 y 2011

| MUNICIPIO DE PROCEDENCIA | 2010 | | 2011 | | DIFERENCIA | |
|---------------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|------------|
| | CASOS | % | CASOS | % | CASOS | % |
| VALLEDUPAR | 1756 | 59,85% | 434 | 34,17% | -1322 | -75 |
| AGUACHICA | 199 | 6,78% | 281 | 22,13% | 82 | 41 |
| CODAZZI | 90 | 3,07% | 111 | 8,74% | 21 | 23 |
| ASTREA | 27 | 0,92% | 2 | 0,16% | -25 | -93 |
| BECERRIL | 10 | 0,34% | 2 | 0,16% | -8 | -80 |
| BOSCONIA | 6 | 0,20% | 6 | 0,47% | 0 | 0 |
| CHIMICHAGUA | 8 | 0,27% | 5 | 0,39% | -3 | -38 |
| CHIRIGUANÁ | 223 | 7,60% | 26 | 2,05% | -197 | -88 |
| CURUMANÍ | 61 | 2,08% | 23 | 1,81% | -38 | -62 |
| EL COPEY | 13 | 0,44% | 16 | 1,26% | 3 | 23 |
| EL PASO | 6 | 0,20% | 16 | 1,26% | 10 | 167 |
| GAMARRA | 24 | 0,82% | 17 | 1,34% | -7 | -29 |
| GONZÁLEZ | 2 | 0,07% | 2 | 0,16% | 0 | 0 |
| LA GLORIA | 19 | 0,65% | 5 | 0,39% | -14 | -74 |
| LA JAGUA | 40 | 1,36% | 87 | 6,85% | 47 | 118 |
| MANAURE | 38 | 1,30% | 2 | 0,16% | -36 | -95 |
| PAILITAS | 11 | 0,37% | 21 | 1,65% | 10 | 91 |
| PELAYA | 12 | 0,41% | 69 | 5,43% | 57 | 475 |
| PUEBLO BELLO | 26 | 0,89% | 8 | 0,63% | -18 | -69 |
| RÍO DE ORO | 23 | 0,78% | 8 | 0,63% | -15 | -65 |
| LA PAZ | 131 | 4,46% | 20 | 1,57% | -111 | -85 |
| SAN ALBERTO | 114 | 3,89% | 69 | 5,43% | -45 | -39 |
| SAN DIEGO | 27 | 0,92% | 2 | 0,16% | -25 | -93 |
| SAN MARTÍN | 66 | 2,25% | 34 | 2,68% | -32 | -48 |
| TAMALAMEQUE | 2 | 0,07% | 4 | 0,31% | 2 | 100 |
| TOTAL DEPARTAMENTO | 2934 | 100,00% | 1270 | 100,00% | -1664 | -57 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

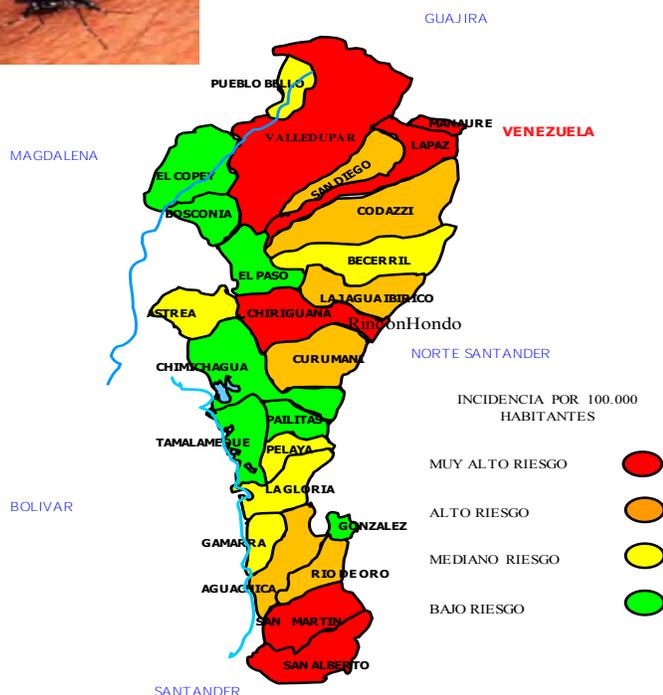


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 55. Mapa de Riesgo para Dengue Departamento Cesar de Acuerdo a Incidencia Por 100.000 Habitantes Año 2010.

**SECRETARIA DE SALUD DEL CESAR
OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y ESTADISTICA
MAPA DE RIESGO PARA DENGUE DEPARTAMENTO DEL CESAR DE ACUERDO A
INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES, AÑO 2010.**



La incidencia general de dengue por 100.000 habitantes registrada en el departamento en el 2010, es catalogada como de muy alto riesgo, fue de 304 casos por 100.000 habitantes, ubicándose el municipio de La Jagua de Ibirico en razón de su incidencia acumulada, en alto riesgo con una incidencia de 178 casos por cien mil habitantes.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 9. Riesgo para Dengue por Municipios según Incidencia X 100.000 Habitantes, Cesar 2010

| MUNICIPIO | POBLACION 2010 | CASOS | INCIDENCIA POR 100.000 HAB. |
|--------------|----------------|-------|-----------------------------|
| CHIRIGUANÁ | 20945 | 223 | 1065 |
| LA PAZ | 22438 | 131 | 584 |
| SAN ALBERTO | 22285 | 114 | 512 |
| VALLEDUPAR | 403115 | 1.756 | 436 |
| SAN MARTÍN | 17980 | 66 | 367 |
| MANAURE | 12873 | 38 | 295 |
| CURUMANÍ | 26010 | 61 | 235 |
| AGUACHICA | 87821 | 199 | 227 |
| SAN DIEGO | 13604 | 27 | 198 |
| LA JAGUA | 22435 | 40 | 178 |
| CODAZZI | 52542 | 90 | 171 |
| RÍO DE ORO | 14273 | 23 | 161 |
| GAMARRA | 15551 | 24 | 154 |
| ASTREA | 18817 | 27 | 143 |
| LA GLORIA | 13760 | 19 | 138 |
| PUEBLO BELLO | 19650 | 26 | 132 |
| BECERRIL | 13736 | 10 | 73 |
| PELAYA | 17253 | 12 | 70 |
| PAILITAS | 16582 | 11 | 66 |
| EL COPEY | 25816 | 13 | 50 |
| EL PASO | 21884 | 6 | 27 |
| CHIMICHAGUA | 30901 | 8 | 26 |
| GONZÁLEZ | 8062 | 2 | 25 |
| BOSCONIA | 34099 | 6 | 18 |
| TAMALAMEQUE | 13988 | 2 | 14 |
| TOTAL DPTO | 966420 | 2.934 | 304 |

| | |
|-----------------|-----|
| PERCENTIL 25 | 66 |
| PERCENTIL 50 | 154 |
| PERCENTIL 75 | 235 |
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

La incidencia general de dengue por 100.000 habitantes registrada en el departamento en el 2011, es catalogada como de muy alto riesgo, fue de 129,72



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



casos por 100.000 habitantes, ubicándose el municipio de La Jagua de Ibirico en razón de su incidencia acumulada, como muy alto riesgo con una incidencia de 386,91 casos por cada cien mil habitantes.

Tabla 65. Incidencia de Dengue por 100.000 Habitantes Departamento del Cesar. Año 2011

| MUNICIPIO | POBLACION 2011 | CASOS | INCIDENCIA POR 100.000 HAB. |
|--------------|----------------|-------|-----------------------------|
| PELAYA | 17401 | 69 | 396,53 |
| LA JAGUA | 22486 | 87 | 386,91 |
| AGUACHICA | 88883 | 281 | 316,15 |
| SAN ALBERTO | 22757 | 69 | 303,20 |
| CODAZZI | 52235 | 111 | 212,50 |
| SAN MARTÍN | 18089 | 34 | 187,96 |
| PAILITAS | 16710 | 21 | 125,67 |
| CHIRIGUANÁ | 20691 | 26 | 125,66 |
| GAMARRA | 15777 | 17 | 107,75 |
| VALLEDUPAR | 412967 | 434 | 105,09 |
| CURUMANÍ | 25682 | 23 | 89,56 |
| LA PAZ | 22522 | 20 | 88,80 |
| EL PASO | 22082 | 16 | 72,46 |
| EL COPEY | 25956 | 16 | 61,64 |
| RÍO DE ORO | 14248 | 8 | 56,15 |
| PUEBLO BELLO | 20154 | 8 | 39,69 |
| LA GLORIA | 13612 | 5 | 36,73 |
| TAMALAMEQUE | 13973 | 4 | 28,63 |
| GONZÁLEZ | 7842 | 2 | 25,50 |
| BOSCONIA | 34734 | 6 | 17,27 |
| CHIMICHAGUA | 30877 | 5 | 16,19 |
| MANAURE | 13198 | 2 | 15,15 |
| SAN DIEGO | 13558 | 2 | 14,75 |
| BECERRIL | 13680 | 2 | 14,62 |
| ASTREA | 18901 | 2 | 10,58 |
| TOTAL DPTO | 979015 | 1.270 | 129,72 |

| | |
|-----------------|--------|
| PERCENTIL 25 | 25,50 |
| PERCENTIL 50 | 72,46 |
| PERCENTIL 75 | 125,67 |
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



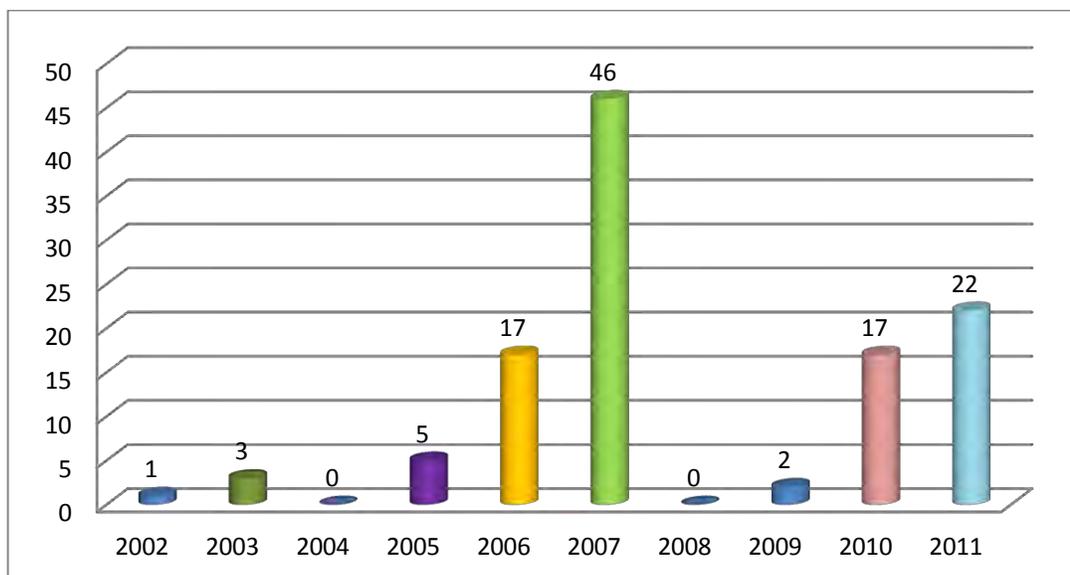
PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.7.1.1. Dengue Grave. Al igual que con el dengue, el dengue grave tuvo una tendencia al aumento desde el año 2002 hasta el 2007, en los años 2004 y 2008 no se reportan casos y en el 2009 dos casos a finales de año.

Durante los últimos diez años, el municipio de La Jagua de Ibirico ha reportado un número significativo de casos, especialmente en los años 2007 y 2011.

Grafico 56. Dengue Grave. La Jagua De Ibirico Años 2002 – 2011.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 66. Clasificación de Riesgo para Dengue Grave por Municipios según Incidencias por 100.000 Habitantes, Cesar Años 1999-2010.

| MUNICIPIO | 1999 | | 2000 | | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | |
|--------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| | Casos | Inc. |
| VALLEDUPAR | 21 | 6 | 37 | 11 | 84 | 24 | 32 | 9 | 17 | 5 | 8 | 2 | 21 | 6 | 31 | 8 | 37 | 10 | 5 | 1 | 28 | 7 | 110 | 27 |
| AGUACHICA | 23 | 28 | 24 | 29 | 10 | 12 | 15 | 17 | 2 | 2 | 0 | 0 | 49 | 52 | 53 | 55 | 14 | 15 | 0 | 0 | 6 | 7 | 11 | 13 |
| CODAZZI | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | 2 | 9 | 11 | 2 | 4 | 0 | 0 | 23 | 44 |
| ASTREA | 1 | 4 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 3 | 16 |
| BECERRIL | 1 | 7 | 1 | 7 | 2 | 13 | 2 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 |
| BOSCONIA | 0 | 6 | 22 | 0 | 0 | 3 | 11 | 2 | 7 | 0 | 0 | 2 | 7 | 3 | 11 | 1 | 4 | 0 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 |
| CHIMICHAGUA | 1 | 2 | 3 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 6 | 6 |
| CHIRIGUANÁ | 0 | 0 | 3 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 14 |
| CURUMANÍ | 0 | 3 | 8 | 8 | 21 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 5 | 1 | 2 | 4 | 10 | 3 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 |
| EL COPEY | 1 | 4 | 0 | 4 | 15 | 2 | 8 | 2 | 8 | 2 | 7 | 20 | 75 | 0 | 0 | 2 | 7 | 0 | 1 | 4 | 3 | 12 | 12 | 12 |
| EL PASO | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 14 | 6 |
| GAMARRA | 0 | 0 | 1 | 9 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 66 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 6 |
| GONZÁLEZ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LA GLORIA | 0 | 5 | 24 | 4 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 6 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LA JAGUA | 1 | 3 | 19 | 61 | 2 | 6 | 1 | 3 | 3 | 9 | 0 | 0 | 5 | 14 | 17 | 47 | 46 | 127 | 0 | 2 | 9 | 17 | 77 | 77 |
| MANAURE | 0 | 0 | 1 | 9 | 1 | 9 | 0 | 0 | 1 | 8 | 1 | 8 | 2 | 16 | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PAILITAS | 1 | 6 | 0 | 5 | 32 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | 6 | 0 | 0 | 5 | 31 | 0 | 0 | 2 | 12 | 1 | 6 | 2 | 12 | 12 |
| PELAYA | 0 | 3 | 17 | 1 | 6 | 1 | 6 | 1 | 5 | 0 | 0 | 5 | 26 | 13 | 61 | 2 | 9 | 1 | 6 | 0 | 0 | 3 | 17 | 17 |
| PUEBLO BELLO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 15 | 15 |
| RÍO DE ORO | 0 | 0 | 1 | 6 | 2 | 12 | 0 | 0 | 2 | 12 | 6 | 35 | 3 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14 | 14 |
| LA PAZ | 4 | 16 | 10 | 40 | 10 | 40 | 3 | 12 | 0 | 0 | 1 | 4 | 9 | 35 | 1 | 4 | 4 | 15 | 0 | 0 | 0 | 11 | 49 | 49 |
| SAN ALBERTO | 1 | 6 | 12 | 70 | 38 | 221 | 14 | 81 | 46 | 264 | 5 | 28 | 19 | 108 | 26 | 146 | 6 | 34 | 0 | 0 | 0 | 4 | 18 | 18 |
| SAN DIEGO | 0 | 1 | 6 | 4 | 25 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 41 | 0 | 0 | 2 | 12 | 0 | 2 | 15 | 4 | 29 | 29 | 29 |
| SAN MARTÍN | 0 | 0 | 6 | 33 | 3 | 16 | 1 | 5 | 3 | 16 | 2 | 11 | 16 | 84 | 2 | 10 | 0 | 1 | 6 | 3 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| TAMALAMEQUE | 3 | 19 | 46 | 285 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DPTO | 58 | 6 | 171 | 18 | 186 | 19 | 83 | 8 | 77 | 8 | 35 | 3 | 159 | 15 | 182 | 17 | 135 | 13 | 11 | 1 | 43 | 4 | 211 | 22 |

| | |
|-----------------|--------|
| MUY ALTO RIESGO | Red |
| ALTO RIESGO | Orange |
| MEDIANO RIESGO | Yellow |
| BAJO RIESGO | Green |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

El municipio en cuanto a dengue grave y en razón a su incidencia por 100.000 habitantes, ha tenido picos epidémicos los años 2000, 2003, 2007 y 2009, aclarando que esta ubicación depende del número total de casos presentados en el Departamento, que para el 2009 fue de 43 casos.

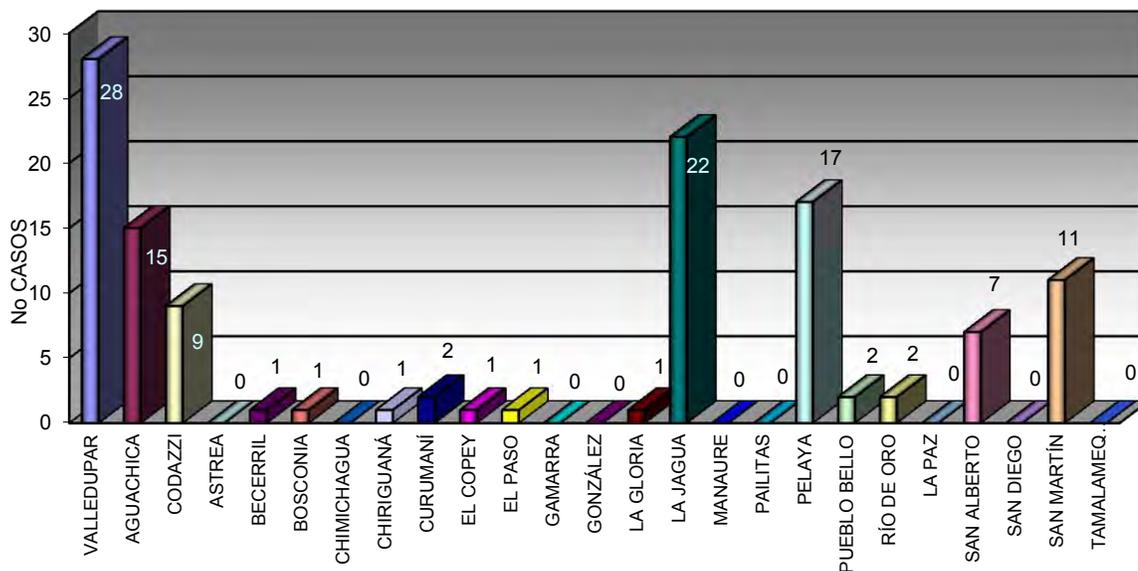
Los casos se reportaron en los periodos 11 y 12. Se mantuvo la relación de dengue y dengue grave.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 57. Dengue Grave por Municipios, Departamento del Cesar, Año 2011.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Analizando el comportamiento de los años 2010 y 2011, en el año 2010 se reportaron 17 casos y en el 2011 22 casos, con un incremento del 29% comparado con el Departamento que disminuyó en un 43%.

Tabla 67. Comparativo Dengue Grave Departamento del Cesar Años 2010-2011

CASOS DE DENGUE GRAVE POR MUNICIPIOS DEL CESAR, AÑOS 2010-2011

| MUNICIPIO DE PROCEDENCIA | 2010 | | 2011 | | DIFERENCIA | |
|--------------------------|-------|--------|-------|--------|------------|------|
| | CASOS | % | CASOS | % | CASOS | % |
| VALLEDUPAR | 110 | 52,13% | 28 | 23,14% | -82 | -75 |
| AGUACHICA | 11 | 5,21% | 15 | 12,40% | 4 | 36 |
| CODAZZI | 23 | 10,90% | 9 | 7,44% | -14 | -61 |
| ASTREA | 3 | 1,42% | 0 | 0,00% | -3 | -100 |
| BECERRIL | 1 | 0,47% | 1 | 0,83% | 0 | 0 |
| BOSCONIA | 1 | 0,47% | 1 | 0,83% | 0 | 0 |
| CHIMICHAGUA | 2 | 0,95% | 0 | 0,00% | -2 | -100 |
| CHIRIGUANÁ | 3 | 1,42% | 1 | 0,83% | -2 | -67 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | |
|--------------------|-----|---------|-----|---------|-----|------|
| CURUMANÍ | 1 | 0,47% | 2 | 1,65% | 1 | 100 |
| EL COPEY | 3 | 1,42% | 1 | 0,83% | -2 | -67 |
| EL PASO | 3 | 1,42% | 1 | 0,83% | -2 | -67 |
| GAMARRA | 1 | 0,47% | 0 | 0,00% | -1 | -100 |
| GONZÁLEZ | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0 |
| LA GLORIA | 0 | 0,00% | 1 | 0,83% | 1 | 0 |
| LA JAGUA | 17 | 8,06% | 22 | 18,18% | 5 | 29 |
| MANAURE | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0 |
| PAILITAS | 2 | 0,95% | 0 | 0,00% | -2 | -100 |
| PELAYA | 3 | 1,42% | 17 | 14,05% | 14 | 467 |
| PUEBLO BELLO | 3 | 1,42% | 2 | 1,65% | -1 | -33 |
| RÍO DE ORO | 2 | 0,95% | 2 | 1,65% | 0 | 0 |
| LA PAZ | 11 | 5,21% | 0 | 0,00% | -11 | -100 |
| SAN ALBERTO | 4 | 1,90% | 7 | 5,79% | 3 | 75 |
| SAN DIEGO | 4 | 1,90% | 0 | 0,00% | -4 | -100 |
| SAN MARTÍN | 3 | 1,42% | 11 | 9,09% | 8 | 267 |
| TAMALAMEQUE | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | 0 |
| TOTAL DEPARTAMENTO | 211 | 100,00% | 121 | 100,00% | -90 | -43 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Analizando el comportamiento de los años 2009 y 2010, en el año 2009 se reportaron 2 casos y en el 2010 17 casos, con un incremento del 750% comparado con el Departamento que tuvo un incrementó de 391%.

Tabla 68. Comparativo de Dengue Grave por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2009 y 2010

| MUNICIPIO DE PROCEDENCIA | 2009 | | 2010 | | DIFERENCIA | |
|--------------------------|-------|--------|-------|--------|------------|-----|
| | CASOS | % | CASOS | % | CASOS | % |
| VALLEDUPAR | 28 | 65,12% | 110 | 52,13% | 82 | 293 |
| AGUACHICA | 6 | 13,95% | 11 | 5,21% | 5 | 83 |
| CODAZZI | 0 | 0,00% | 23 | 10,90% | 23 | 100 |
| ASTREA | 0 | 0,00% | 3 | 1,42% | 3 | 100 |
| BECERRIL | 0 | 0,00% | 1 | 0,47% | 1 | 100 |
| BOSCONIA | 1 | 2,33% | 1 | 0,47% | 0 | 0 |
| CHIMICHAGUA | 1 | 2,33% | 2 | 0,95% | 1 | 100 |
| CHIRIGUANÁ | 0 | 0,00% | 3 | 1,42% | 3 | 100 |
| CURUMANÍ | 0 | 0,00% | 1 | 0,47% | 1 | 100 |
| EL COPEY | 1 | 2,33% | 3 | 1,42% | 2 | 200 |
| EL PASO | 0 | 0,00% | 3 | 1,42% | 3 | 100 |
| GAMARRA | 0 | 0,00% | 1 | 0,47% | 1 | 100 |
| GONZÁLEZ | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | |
| LA GLORIA | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | |
| LA JAGUA | 2 | 4,65% | 17 | 8,06% | 15 | 750 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

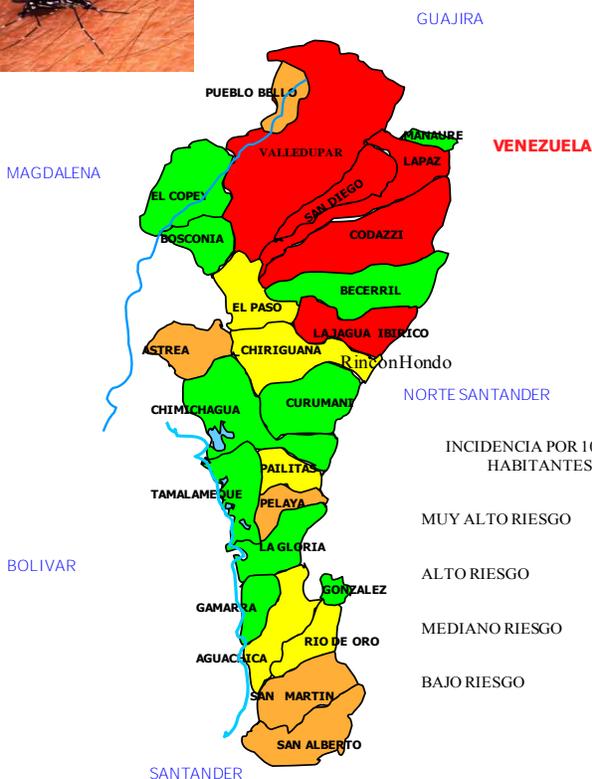


| | | | | | | |
|---------------------------|-----------|----------------|------------|----------------|------------|------------|
| MANAURE | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | |
| PAILITAS | 1 | 2,33% | 2 | 0,95% | 1 | 100 |
| PELAYA | 0 | 0,00% | 3 | 1,42% | 3 | 100 |
| PUEBLO BELLO | 0 | 0,00% | 3 | 1,42% | 3 | 100 |
| RÍO DE ORO | 0 | 0,00% | 2 | 0,95% | 2 | 100 |
| LA PAZ | 0 | 0,00% | 11 | 5,21% | 11 | 100 |
| SAN ALBERTO | 0 | 0,00% | 4 | 1,90% | 4 | 100 |
| SAN DIEGO | 2 | 4,65% | 4 | 1,90% | 2 | 100 |
| SAN MARTÍN | 1 | 2,33% | 3 | 1,42% | 2 | 200 |
| TAMALAMEQUE | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 | |
| TOTAL DEPARTAMENTO | 43 | 100,00% | 211 | 100,00% | 168 | 391 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Grafico 58. Mapa de Riesgo para Dengue Grave según Incidencias por 100.000 Habitantes, Cesar 2011

**SECRETARIA DE SALUD DEL CESAR
OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y ESTADISTICA
MAPA DE RIESGO PARA DENGUE GRAVE DEPARTAMENTO DEL CESAR DE
ACUERDO A INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES, AÑO 2010.**



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



La incidencia de dengue grave por 100.000 habitantes registrada en el Departamento en el 2010, lo ubica como de muy alto riesgo con una incidencia de 21,83 casos por cien mil habitantes, y se cataloga como de muy alto riesgo el municipio de La Jagua de Ibirico, con una incidencia de 75,8 casos por cien mil habitantes.

Tabla 69. Clasificación de Riesgo para Dengue Grave según Tasa de Incidencia por 100.000 Habitantes, Cesar 2010

| MUNICIPIO | POBLACION 2010 | CASOS | INCIDENCIA POR 100.000 HAB. |
|--------------|----------------|-------|-----------------------------|
| LA JAGUA | 22435 | 17 | 75,8 |
| LA PAZ | 22438 | 11 | 49,0 |
| CODAZZI | 52542 | 23 | 43,8 |
| SAN DIEGO | 13604 | 4 | 29,4 |
| VALLEDUPAR | 403115 | 110 | 27,3 |
| SAN ALBERTO | 22285 | 4 | 17,9 |
| PELAYA | 17253 | 3 | 17,4 |
| SAN MARTÍN | 17980 | 3 | 16,7 |
| ASTREA | 18817 | 3 | 15,9 |
| PUEBLO BELLO | 19650 | 3 | 15,3 |
| CHIRIGUANÁ | 20945 | 3 | 14,3 |
| RÍO DE ORO | 14273 | 2 | 14,0 |
| EL PASO | 21884 | 3 | 13,7 |
| AGUACHICA | 87821 | 11 | 12,5 |
| PAILITAS | 16582 | 2 | 12,1 |
| EL COPEY | 25816 | 3 | 11,6 |
| BECERRIL | 13736 | 1 | 7,3 |
| CHIMICHAGUA | 30901 | 2 | 6,5 |
| GAMARRA | 15551 | 1 | 6,4 |
| CURUMANÍ | 26010 | 1 | 3,8 |
| BOSCONIA | 34099 | 1 | 2,9 |
| GONZÁLEZ | 8062 | 0 | 0,0 |
| LA GLORIA | 13760 | 0 | 0,0 |
| MANAURE | 12873 | 0 | 0,0 |
| TAMALAMEQUE | 13988 | 0 | 0,0 |
| TOTAL DPTO | 966420 | 211 | 21,83 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | |
|-----------------|------|
| PERCENTIL 25 | 11,6 |
| PERCENTIL 50 | 14,3 |
| PERCENTIL 75 | 17,9 |
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

La incidencia de dengue grave por 100.000 habitantes registrada en el Departamento en el 2011, lo ubica como alto riesgo con una incidencia de 11,49 casos por cien mil habitantes, y se cataloga como de muy alto riesgo el municipio de La Jagua de Ibirico, con una incidencia de 97,8 casos por cien mil habitantes.

Tabla 70. Incidencia Dengue Grave por 100.000 Habitantes Departamento Del Cesar Año 2011.

| MUNICIPIO | POBLACION 2011 | CASOS | INCIDENCIA POR 100.000 HAB. |
|--------------|----------------|-------|-----------------------------|
| LA JAGUA | 22.486 | 22 | 97,8 |
| PELAYA | 17.401 | 17 | 97,7 |
| SAN MARTÍN | 18.089 | 11 | 60,8 |
| SAN ALBERTO | 22.757 | 7 | 30,8 |
| CODAZZI | 52.235 | 9 | 17,2 |
| AGUACHICA | 88.883 | 15 | 16,9 |
| RÍO DE ORO | 14.248 | 2 | 14,0 |
| PUEBLO BELLO | 20.154 | 2 | 9,9 |
| CURUMANÍ | 25.682 | 2 | 7,8 |
| LA GLORIA | 13.612 | 1 | 7,3 |
| BECERRIL | 13.680 | 1 | 7,3 |
| VALLEDUPAR | 412.967 | 28 | 6,8 |
| CHIRIGUANÁ | 20.691 | 1 | 4,8 |
| EL PASO | 22.082 | 1 | 4,5 |
| EL COPEY | 25.956 | 1 | 3,9 |
| BOSCONIA | 34.734 | 1 | 2,9 |
| ASTREA | 18.901 | 0 | 0,0 |
| CHIMICHAGUA | 30.877 | 0 | 0,0 |
| GAMARRA | 15.777 | 0 | 0,0 |
| GONZÁLEZ | 7.842 | 0 | 0,0 |
| MANAURE | 13.198 | 0 | 0,0 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | |
|-------------|---------|-----|-------|
| PAILITAS | 16.710 | 0 | 0,0 |
| LA PAZ | 22.522 | 0 | 0,0 |
| SAN DIEGO | 13.558 | 0 | 0,0 |
| TAMALAMEQUE | 13.973 | 0 | 0,0 |
| TOTAL DPTO | 979.015 | 121 | 11,49 |

| | |
|-----------------|-------|
| PERCENTIL 25 | 6,29 |
| PERCENTIL 50 | 8,86 |
| PERCENTIL 75 | 20,61 |
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

2.7.2. Malaria. El Cesar está catalogado como Departamento de alto riesgo en Malaria. En el 2011 se informaron 24 casos autóctonos y 66 importados para un total de 90 casos notificados.

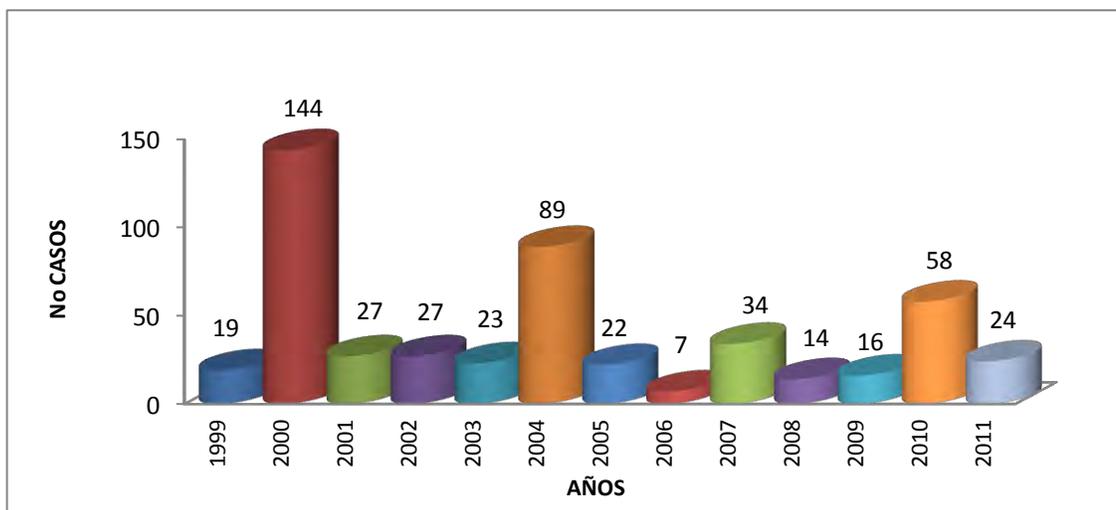
Desde el año 1999 hasta el 2008, se ha venido notificando un número parejo de casos de Malaria por *Plasmodium vivax* en el Departamento, y los años donde más se notificó fue en el 2000 y 2004. En el 2009 se informaron 29 casos. El municipio de La Jagua de Ibirico reportó 1 caso de malaria complicada.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

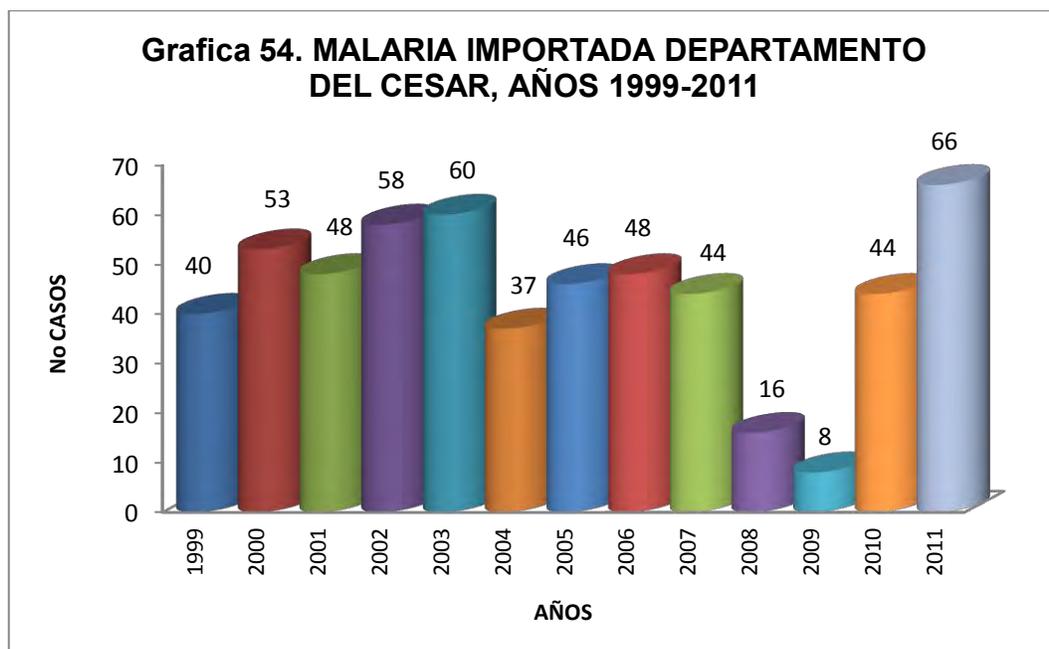


Grafico 59. Malaria por p. Vivax Autoctonas Departamento del Cesar, Años 1999-2011.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Grafico 60. Malaria Importada Departamento del Cesar, Años 199 – 2011.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 71. Malaria Autoctona por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2006-2011

| MUNICIPIO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| VALLEDUPAR | 1 | 4 | 2 | 8 | 18 | 17 |
| AGUACHICA | 2 | 2 | | 3 | 11 | 2 |
| CODAZZI | 1 | 7 | 2 | | 1 | |
| ASTREA | | 5 | | | | |
| BECERRIL | | | | | | |
| BOSCONIA | 1 | | | | 1 | |
| CHIMICHAGUA | | 1 | 1 | | | |
| CHIRIGUANÁ | | | | 2 | 3 | |
| CURUMANÍ | 1 | 3 | 3 | | 3 | |
| EL COPEY | | 1 | 1 | | 1 | |
| EL PASO | | | 2 | 2 | | 1 |
| GAMARRA | | 1 | | | 1 | 1 |
| GONZÁLEZ | | 1 | | | | |
| LA GLORIA | | | | | 1 | |
| LA JAGUA | | 1 | | | 1 | |
| MANAURE | | | | | | |
| PAILITAS | | 4 | 1 | | 3 | |
| PELAYA | | | | | 1 | 1 |
| PUEBLO BELLO | | 1 | 2 | | 4 | 1 |
| RÍO DE ORO | | 1 | | | | 1 |
| LA PAZ | | | | | | |
| SAN ALBERTO | | 1 | | 1 | 7 | |
| SAN DIEGO | | | | | | |
| SAN MARTÍN | 1 | 1 | | | 1 | |
| TAMALAMEQUE | | | | | 1 | |
| TOTAL DPTO | 7 | 34 | 14 | 16 | 58 | 24 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



**Tabla 72. Incidencia De Malaria por P. Vivax Por 100.000 Habitantes
Departamento del Cesar Año 2010**

| MUNICIPIO | POBLACION 2010 | No CASOS | INCIDENCIA |
|-------------------|----------------|-----------|------------|
| SAN ALBERTO | 22285 | 7 | 31,4 |
| PUEBLO BELLO | 19650 | 4 | 20,4 |
| PAILITAS | 16582 | 3 | 18,1 |
| CHIRIGUANÁ | 20945 | 3 | 14,3 |
| CURUMANÍ | 26010 | 3 | 11,5 |
| AGUACHICA | 87821 | 10 | 11,4 |
| LA GLORIA | 13760 | 1 | 7,3 |
| TAMALAMEQUE | 13988 | 1 | 7,1 |
| GAMARRA | 15551 | 1 | 6,4 |
| PELAYA | 17253 | 1 | 5,8 |
| SAN MARTÍN | 17980 | 1 | 5,6 |
| VALLEDUPAR | 403115 | 18 | 4,5 |
| LA JAGUA | 22435 | 1 | 4,5 |
| BOSCONIA | 34099 | 1 | 2,9 |
| CODAZZI | 52542 | 1 | 1,9 |
| ASTREA | 18817 | 0 | 0,0 |
| BECERRIL | 13736 | 0 | 0,0 |
| CHIMICHAGUA | 30901 | 0 | 0,0 |
| EL COPEY | 25816 | 0 | 0,0 |
| EL PASO | 21884 | 0 | 0,0 |
| GONZÁLEZ | 8062 | 0 | 0,0 |
| MANAURE | 12873 | 0 | 0,0 |
| RÍO DE ORO | 14273 | 0 | 0,0 |
| LA PAZ | 22438 | 0 | 0,0 |
| SAN DIEGO | 13604 | 0 | 0,0 |
| TOTAL DPTO | 966420 | 56 | 6 |
| PERCENTIL 25 | 5,0 | | |
| PERCENTIL 50 | 7,1 | | |
| PERCENTIL 75 | 12,9 | | |
| MUY ALTO RIESGO | | | |
| ALTO RIESGO | | | |
| MEDIANO RIESGO | | | |
| BAJO RIESGO | | | |

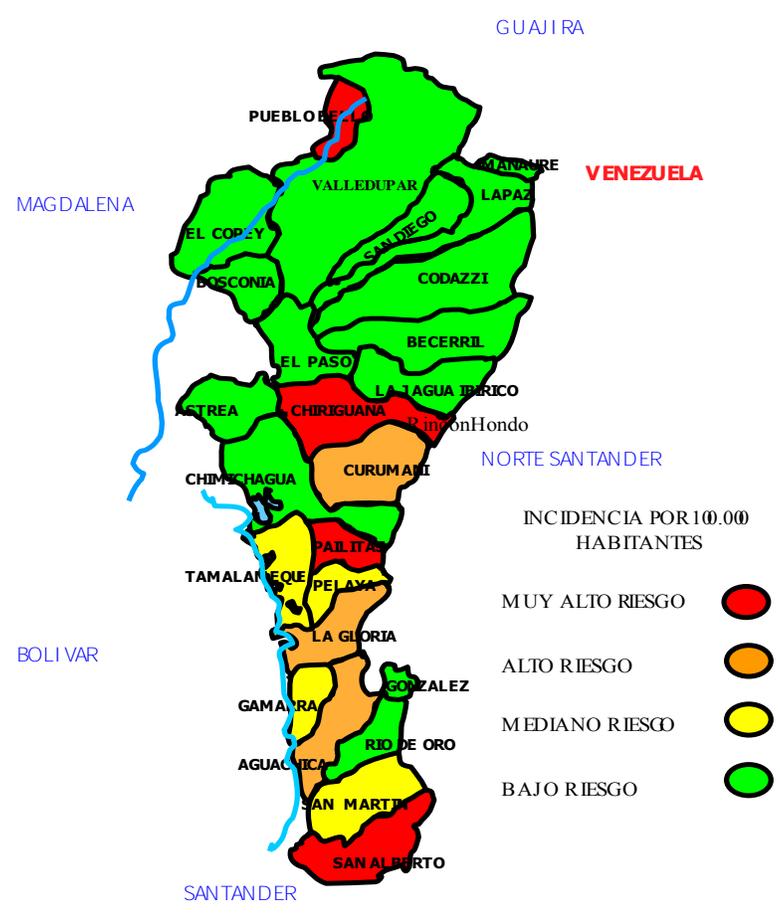


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 61. Mapa de Riesgo para Malaria Vivax Departamento del Cesar de Acuerdo a Incidencia por 100.000 Habitantes, Año 2010.

SECRETARIA DE SALUD DEL CESAR
OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y ESTADISTICA
MAPA DE RIESGO PARA MALARIA VIVAX DEPARTAMENTO DEL CESAR DE
ACUERDO A INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES, AÑO 2010.



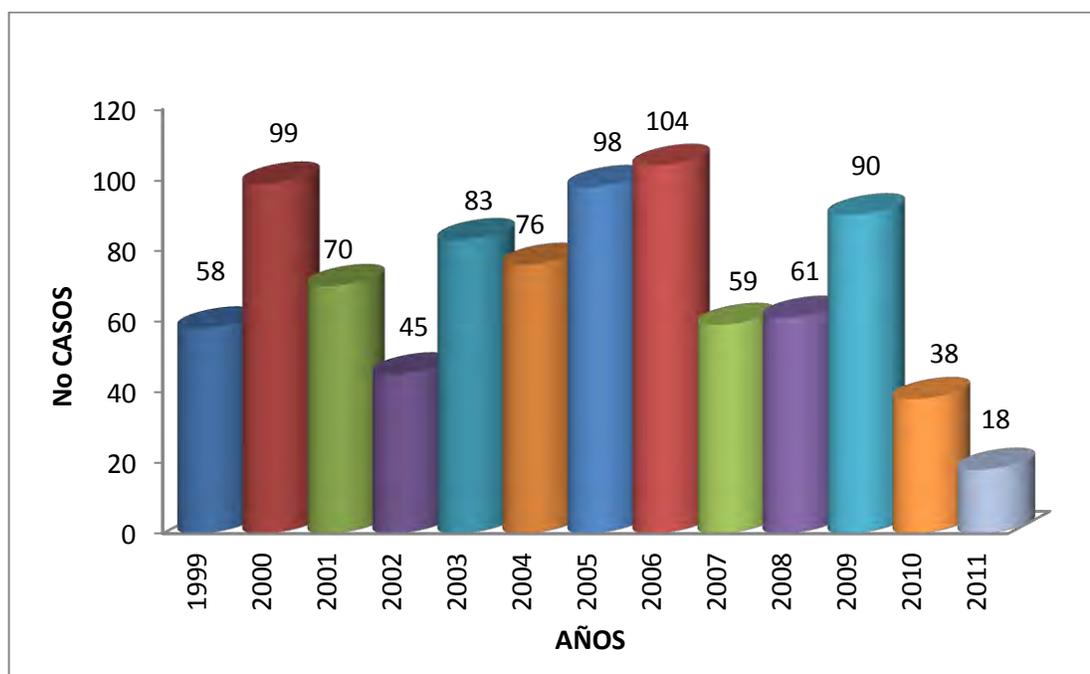


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.7.3. Leishmaniasis. En el departamento del Cesar en el 2011, se notificaron 18 casos, en el 2010, 38 casos y en el 2009 se informaron 90 casos, con una incidencia por 100.000 habitantes de 1,83 para el año 2011. El municipio de La Jagua de Ibirico presentó 1 caso respectivamente en los años 2006, 2008 y 2009.

Grafico 61. Leishmaniasis Cutánea Departamento del Cesar. Años 1999-2011.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Tabla 73. Leishmaniasis Cutánea por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2006-2011

| MUNICIPIO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|
| VALLEDUPAR | 7 | 2 | 9 | 9 | 5 | |
| AGUACHICA | 33 | 13 | 19 | 39 | 8 | 3 |
| CODAZZI | 3 | 1 | 1 | | 1 | |
| ASTREA | | 1 | | | | |
| BECERRIL | | | | 2 | | |
| BOSCONIA | | 1 | | | | |
| CHIMICHAGUA | | | | | 1 | |
| CHIRIGUANÁ | 1 | | 1 | | 1 | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | |
|--------------|-----|----|----|----|----|----|
| CURUMANÍ | 2 | 3 | 4 | 2 | | |
| EL COPEY | 1 | 8 | 1 | | | |
| EL PASO | | | | | | |
| GAMARRA | | | | | | |
| GONZÁLEZ | | | | | | |
| LA GLORIA | 3 | 2 | 4 | 3 | | 2 |
| LA JAGUA | 1 | | 1 | 1 | | |
| MANAURE | | | | | 1 | |
| PAILITAS | 18 | 2 | 4 | 6 | 1 | 2 |
| PELAYA | | 4 | 2 | 1 | | 1 |
| PUEBLO BELLO | | 2 | | | | |
| RÍO DE ORO | 5 | 1 | | 7 | 7 | 1 |
| LA PAZ | 1 | | | | | |
| SAN ALBERTO | 9 | 7 | 11 | 11 | 7 | 1 |
| SAN DIEGO | | | | | | |
| SAN MARTÍN | 19 | 12 | 4 | 8 | 5 | 8 |
| TAMALAMEQUE | 1 | | | 1 | 1 | |
| TOTAL DPTO | 104 | 59 | 61 | 90 | 38 | 18 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Tabla 74. Leishmaniasis Cutánea por Municipios de Ocurrencia, Departamento del Cesar, Año 2010

| MUNICIPIO DE PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| AGUACHICA | 8 | 24,39% |
| RIO DE ORO | 7 | 17,07% |
| SAN ALBERTO | 7 | 17,07% |
| SAN MARTIN | 5 | 12,20% |
| VALLEDUPAR | 5 | 12,20% |
| CHIRIGUANA | 1 | 2,44% |
| TAMALAMEQUE | 1 | 2,44% |
| AGUSTIN CODAZZI | 1 | 2,44% |
| MANAURE BALCON DEL CESAR | 1 | 2,44% |
| CHIMICHAGUA | 1 | 2,44% |
| PAILITAS | 1 | 2,44% |
| EL COPEY | 1 | 2,44% |
| TOTAL | 41 | 100,00% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

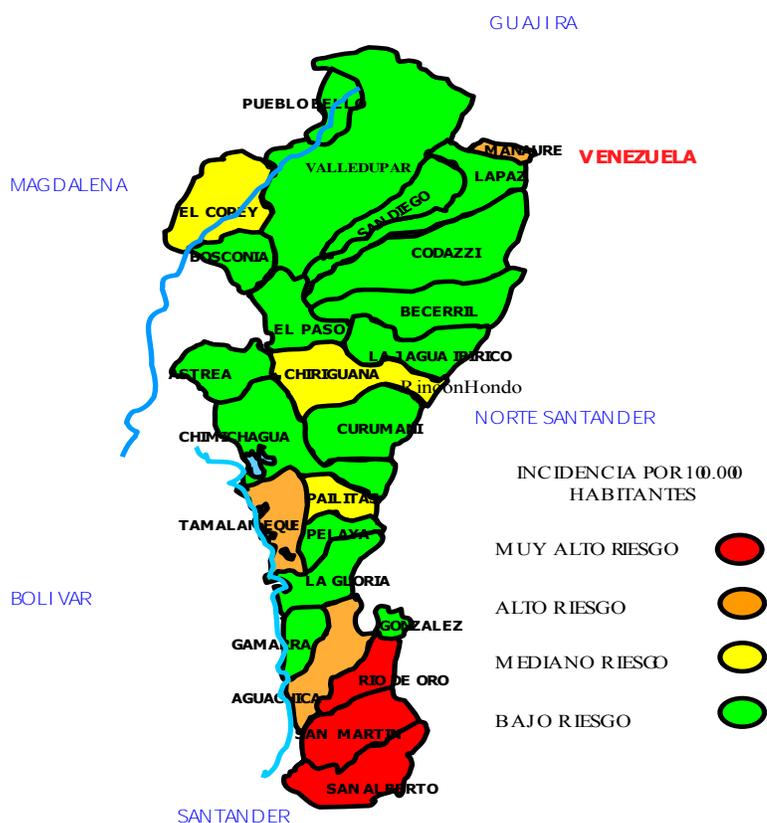


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 61. Mapa de Riesgo para Leishmaniasis Cutánea Departamento del Cesar de Acuerdo a Incidencia por 100.000 Habitantes, Año 2010.

**SECRETARIA DE SALUD DEL CESAR
OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y ESTADISTICA
MAPA DE RIESGO PARA LEISHMANIASIS CUTANEA DEPARTAMENTO DEL CESAR
DE ACUERDO A INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES, AÑO 2010.**





PLAN DE SALUD TERRITORIAL



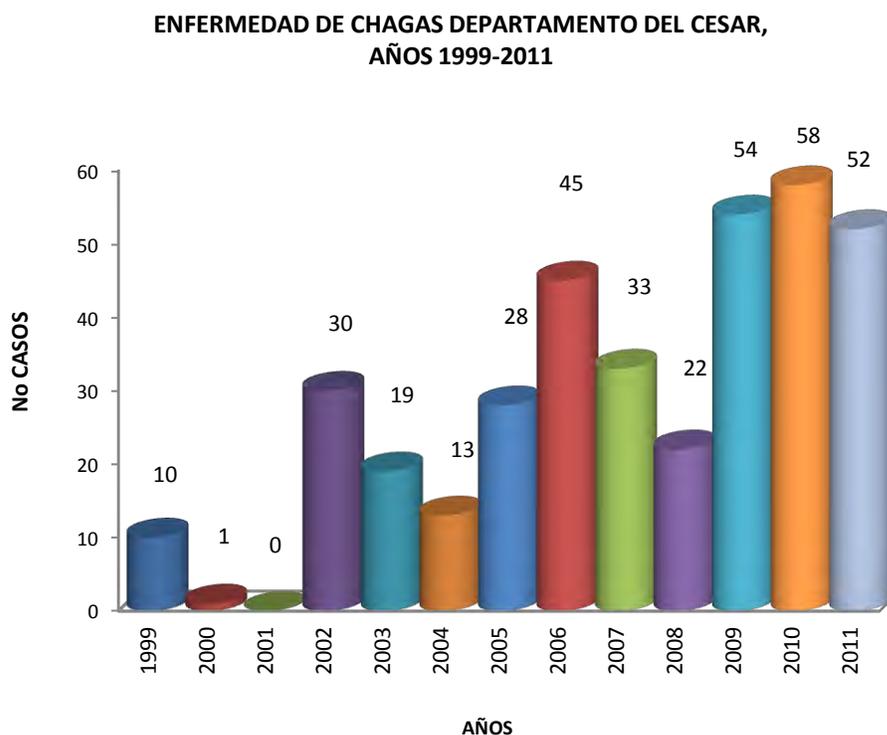
Tabla 75. Leishmaniasis Cutanea La Jagua de Ibirico, Años 2006-2011

| MUNICIPIO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| LA JAGUA | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| TOTAL DPTO | 104 | 59 | 61 | 90 | 38 | 18 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

2.7.4. Enfermedad de Chagas. De Enfermedad de Chagas en el Departamento del Cesar, desde el año 2006, se viene notificando un número de casos que va en aumento, detectándose el mayor número en los años 2009, 2010 y 2011. En el 2009, se notificaron 54 casos, El municipio de La Jagua de Ibirico en los años 2007 y 2008 reporto 1 caso respectivamente, en el año 2011 no reportó casos.

Grafico 62. Enfermedad de Chagas Departamento del Cesar Años 1999-2011.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 76. Enfermedad de Chagas por Municipios, Departamento del Cesar, Años 2006-2011

| MUNICIPIO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| VALLEDUPAR | 14 | 7 | 6 | 40 | 11 | 12 |
| AGUACHICA | 11 | 14 | 10 | 7 | 32 | 17 |
| CODAZZI | | | | 1 | | 1 |
| ASTREA | | | | | | |
| BECERRIL | | | | | 1 | |
| BOSCONIA | | | | | | |
| CHIMICHAGUA | | | | | | |
| CHIRIGUANÁ | | | | | | |
| CURUMANÍ | 2 | | | | | 1 |
| EL COPEY | 1 | | | | | 1 |
| EL PASO | | | | | | |
| GAMARRA | | | | | | |
| GONZÁLEZ | | | | | | |
| LA GLORIA | 2 | | 1 | 1 | 3 | 2 |
| LA JAGUA | | 1 | 1 | | | |
| MANAURE | | | | | | |
| PAILITAS | | 1 | | 1 | 2 | 4 |
| PELAYA | | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| PUEBLO BELLO | | | | | 1 | |
| RÍO DE ORO | | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| LA PAZ | | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| SAN ALBERTO | 5 | 1 | | | | 2 |
| SAN DIEGO | | | | | | |
| SAN MARTÍN | 10 | 4 | 1 | | 2 | 9 |
| TAMALAMEQUE | | | | | | |
| TOTAL DPTO | 45 | 33 | 22 | 54 | 58 | 52 |

Tabla 77. Enfermedad de Chagas por Municipios, Departamento del Cesar, Año 2010

| MUNICIPIO DE PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| AGUACHICA | 32 | 55,17% |
| VALLEDUPAR | 11 | 18,97% |
| LA GLORIA | 3 | 5,17% |
| PELAYA | 3 | 150,00% |
| PAILITAS | 2 | 3,45% |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|-----------------|-----------|----------------|
| ROBLES (LA PAZ) | 2 | 3,45% |
| SAN MARTIN | 2 | 3,45% |
| BECERRIL | 1 | 1,72% |
| PUEBLO BELLO | 1 | 1,72% |
| RIO DE ORO | 1 | 1,72% |
| TOTAL | 58 | 100,00% |

Cuadro 10. Riesgo para Enfermedad de Chagas según Incidencias Por 100.000 Habitantes, Cesar 2010

| MUNICIPIO | POBLACION 2010 | No CASOS | INCIDENCIA |
|-------------------|----------------|-----------|-------------|
| AGUACHICA | 87821 | 32 | 36,44 |
| LA GLORIA | 13760 | 3 | 21,80 |
| PELAYA | 17253 | 3 | 17,39 |
| PAILITAS | 16582 | 2 | 12,06 |
| SAN MARTÍN | 17980 | 2 | 11,12 |
| LA PAZ | 22438 | 2 | 8,91 |
| BECERRIL | 13736 | 1 | 7,28 |
| RÍO DE ORO | 14273 | 1 | 7,01 |
| PUEBLO BELLO | 19650 | 1 | 5,09 |
| VALLEDUPAR | 403115 | 11 | 2,73 |
| CODAZZI | 52542 | 0 | 0,00 |
| ASTREA | 18817 | 0 | 0,00 |
| BOSCONIA | 34099 | 0 | 0,00 |
| CHIMICHAGUA | 30901 | 0 | 0,00 |
| CHIRIGUANÁ | 20945 | 0 | 0,00 |
| CURUMANÍ | 26010 | 0 | 0,00 |
| EL COPEY | 25816 | 0 | 0,00 |
| EL PASO | 21884 | 0 | 0,00 |
| GAMARRA | 15551 | 0 | 0,00 |
| GONZÁLEZ | 8062 | 0 | 0,00 |
| LA JAGUA | 22435 | 0 | 0,00 |
| MANAURE | 12873 | 0 | 0,00 |
| SAN ALBERTO | 22285 | 0 | 0,00 |
| SAN DIEGO | 13604 | 0 | 0,00 |
| TAMALAMEQUE | 13988 | 0 | 0,00 |
| TOTAL DPTO | 966420 | 58 | 6,00 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | |
|-----------------|-------|
| PERCENTIL 25 | 7,07 |
| PERCENTIL 50 | 10,02 |
| PERCENTIL 75 | 16,06 |
| MUY ALTO RIESGO | |
| ALTO RIESGO | |
| MEDIANO RIESGO | |
| BAJO RIESGO | |

Cuadro 11. Riesgo para Enfermedad de Chagas según Incidencias por 100.000 Habitantes, Cesar 2009

| MUNICIPIO | POBLACION 2009 | No CASOS | INCIDENCIA |
|-------------------|----------------|-----------|-------------|
| PELAYA | 17112 | 2 | 11,69 |
| VALLEDUPAR | 393294 | 40 | 10,17 |
| RÍO DE ORO | 14300 | 1 | 6,99 |
| AGUACHICA | 86738 | 4 | 4,61 |
| LA PAZ | 22340 | 1 | 4,48 |
| CODAZZI | 52844 | 1 | 1,89 |
| ASTREA | 18734 | 0 | 0 |
| BECERRIL | 13781 | 0 | 0 |
| BOSCONIA | 33464 | 0 | 0 |
| CHIMICHAGUA | 30921 | 0 | 0 |
| CHIRIGUANÁ | 21192 | 0 | 0 |
| CURUMANÍ | 26323 | 0 | 0 |
| EL COPEY | 25673 | 0 | 0 |
| EL PASO | 21689 | 0 | 0 |
| GAMARRA | 15328 | 0 | 0 |
| GONZÁLEZ | 8281 | 0 | 0 |
| LA GLORIA | 13921 | 0 | 0 |
| LA JAGUA | 22391 | 0 | 0 |
| MANAURE | 12563 | 0 | 0 |
| PAILITAS | 16462 | 0 | 0 |
| PUEBLO BELLO | 19164 | 0 | 0 |
| SAN ALBERTO | 21823 | 0 | 0 |
| SAN DIEGO | 13637 | 0 | 0 |
| SAN MARTÍN | 17851 | 0 | 0 |
| TAMALAMEQUE | 14001 | 0 | 0 |
| TOTAL DPTO | 953827 | 49 | 5,14 |
| PERCENTIL 25 | 4,51 | | |
| PERCENTIL 50 | 5,8 | | |
| PERCENTIL 75 | 9,38 | | |
| MUY ALTO RIESGO | | | |
| ALTO RIESGO | | | |
| MEDIANO RIESGO | | | |
| BAJO RIESGO | | | |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafica 63. Mapa de Riesgo para Enfermedad de Chagas Departamento del Cesar de Acuerdo a incidencia por 100.000 habitantes, año 2010.

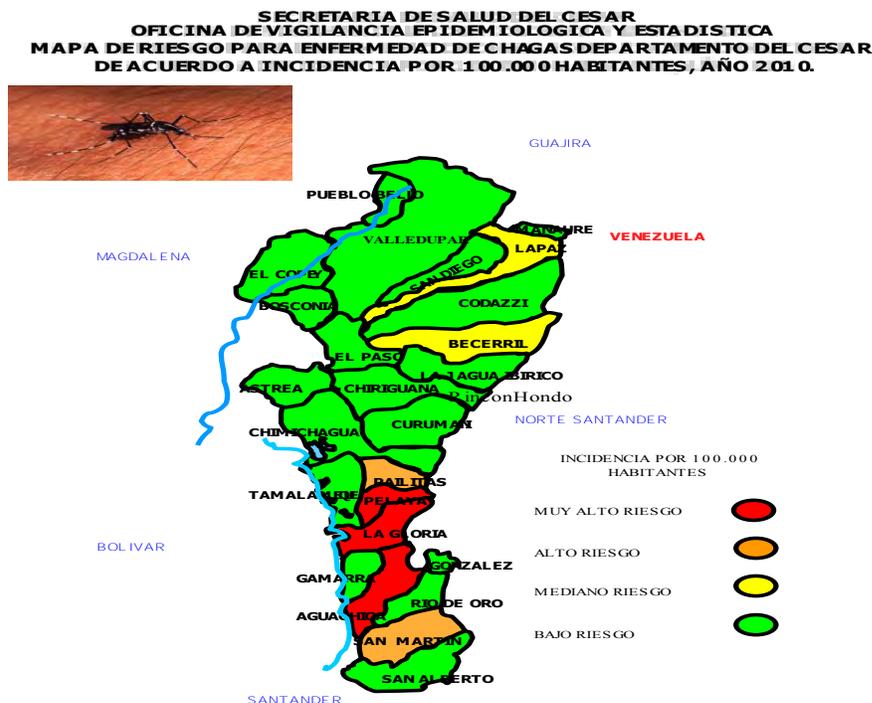


Tabla 78. Enfermedad de Chagas, La Jagua de Ibirico, Años 2006-2011

| MUNICIPIO | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------|------|------|------|------|------|------|
| LA JAGUA | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DPTO | 45 | 33 | 22 | 54 | 58 | 52 |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

2.7.5 Encefalitis Equina Venezolana. En el Departamento, en los últimos 10 años, a excepción del 2000 y 2002 donde se reportaron dos casos respectivamente no se ha notificado este evento, sin embargo por las bajas coberturas de vacunación y la presencia del vector, se debe mantener una vigilancia activa.

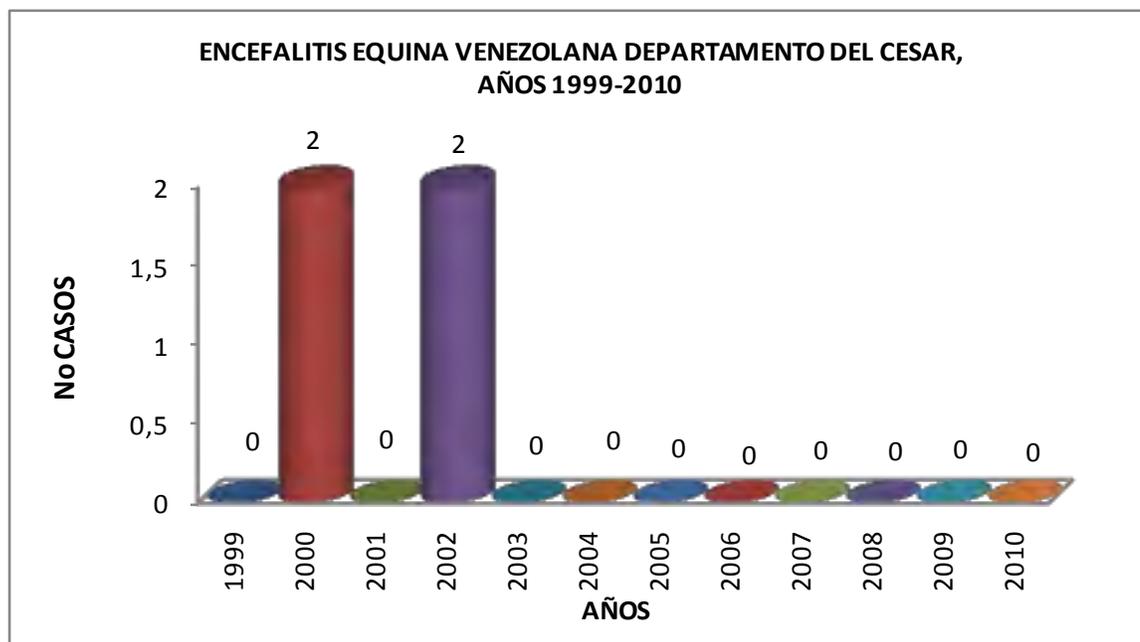


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En el Municipio de La Jagua de Ibirico no se han reportado casos en los últimos diez años, sin embargo existe la presencia del vector, por lo que se debe vigilar este evento.

**Grafico 64. ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLA DEPARTAMENTO DEL CESAR
1999 - 2010**

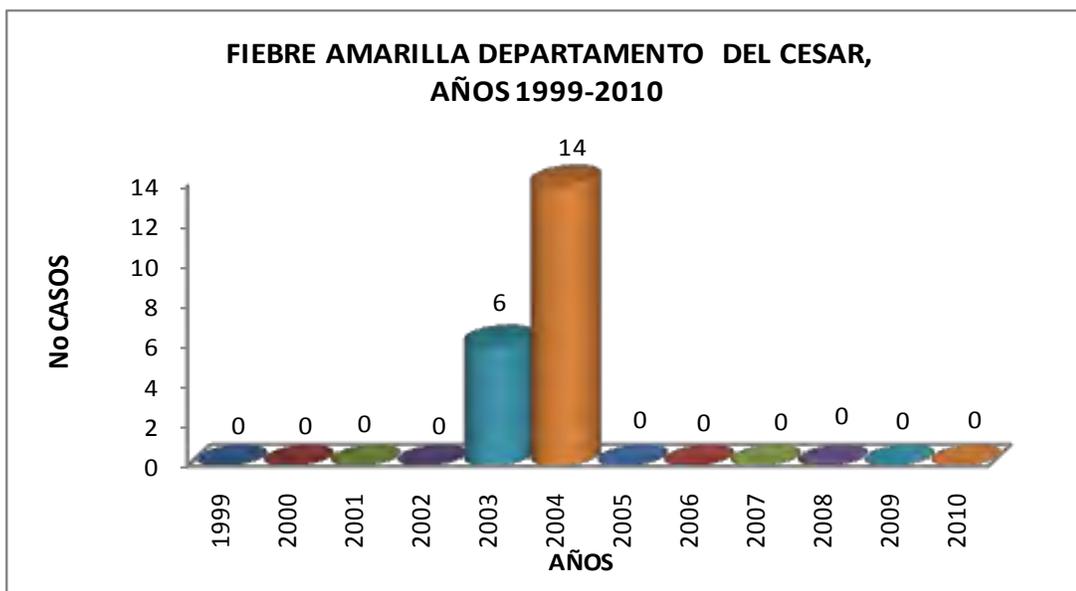


Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

2.7.6. Fiebre Amarilla. De fiebre amarilla en el Departamento, en los últimos 10 años, solamente se presentaron casos en el 2003 y 2004, con 6 y 14 casos respectivamente. En el municipio se presentaron dos casos en el año 2003. Se deben mantener buenas coberturas de vacunación, porque existen las condiciones para volverse a presentar en cualquier momento otra epidemia. Por ser un municipio de riesgo por sus condiciones climatológicas, de zona fronteriza y con presencia del vector, se debe mantener una vigilancia en las coberturas de vacunación y en la presentación de epizootias



Grafica 65. FIEBRE AMARILLA DEPARTAMENTO DEL CESAR AÑOS 1999 - 2010



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

2.7.7 Leptospirosis. La notificación de leptospirosis es muy baja, presentándose un subregistro no cuantificado; esto probablemente debido a que se están enfocando los diagnósticos a otros eventos febriles, no pensándose en esta enfermedad. En el 2008, en el Departamento se reportaron 20 casos, los cuales se detectaron en muestras cuyos resultados fueron negativos para dengue y se decidió procesarlas para leptospirosis, lo que nos demuestra que es probable que se esté dejando de diagnosticar muchas de las enfermedades transmitidas por vectores, debido a que no se piensa en ellas. En el 2011 se informaron 8 casos en La Jagua de Ibirico, de los cuales 2 fueron confirmados por laboratorio y 6 casos probables.



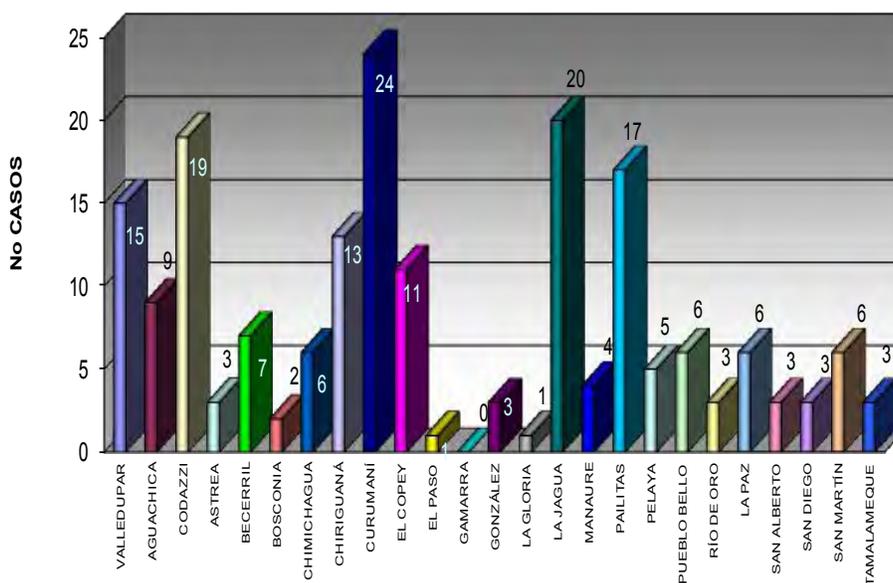
PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.7.8. Eventos de Notificación Especial.

2.7.8.1. Accidentes Ofídicos. El departamento del Cesar se considera a nivel Nacional como de alto riesgo para Accidentes ofídicos por su alta notificación. En el año 2011 se informaron en el Departamento 298 casos, de los cuales 30 fueron reportados por La Jagua de Ibirico con un aporte del 10% del total de los casos.

ACCIDENTE OFIDICO POR MUNICIPIOS DEL CESAR, AÑO 2010



Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Tabla 79. Accidentes Ofídicos Departamento del Cesar, Año 2010

| MUNICIPIO DE PROCEDENCIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| CURUMANÍ | 24 | 12,63% |
| LA JAGUA | 20 | 10,53% |
| CODAZZI | 19 | 10,00% |
| PAILITAS | 17 | 8,95% |
| VALLEDUPAR | 15 | 7,89% |
| CHIRIGUANÁ | 13 | 6,84% |
| EL COPEY | 11 | 5,79% |
| AGUACHICA | 9 | 4,74% |
| BECERRIL | 7 | 3,68% |
| CHIMICHAGUA | 6 | 3,16% |
| PUEBLO BELLO | 6 | 3,16% |
| LA PAZ | 6 | 3,16% |
| SAN MARTÍN | 6 | 3,16% |
| PELAYA | 5 | 2,63% |
| MANAURE | 4 | 2,11% |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|---------------------------|------------|----------------|
| ASTREA | 3 | 1,58% |
| GONZÁLEZ | 3 | 1,58% |
| RÍO DE ORO | 3 | 1,58% |
| SAN ALBERTO | 3 | 1,58% |
| SAN DIEGO | 3 | 1,58% |
| TAMALAMEQUE | 3 | 1,58% |
| BOSCONIA | 2 | 1,05% |
| EL PASO | 1 | 0,53% |
| LA GLORIA | 1 | 0,53% |
| GAMARRA | | 0,00% |
| TOTAL DEPARTAMENTO | 190 | 100,00% |

Fuente: Secretaría de Salud Departamental, Coordinación de Vigilancia epidemiológica

Tabla 80. Incidencia De Accidentes Ofidicos Por 100.000 Habitantes Departamento Del Cesar Año 2010.

| MUNICIPIO | POBLACION 2010 | No CASOS | INCIDENCIA POR 100.000 HAB |
|-------------------|----------------|------------|----------------------------|
| PAILITAS | 16.582 | 17 | 102,52 |
| CURUMANÍ | 26.010 | 24 | 92,27 |
| LA JAGUA | 22.435 | 20 | 89,15 |
| CHIRIGUANÁ | 20.945 | 13 | 62,07 |
| BECERRIL | 13.736 | 7 | 50,96 |
| EL COPEY | 25.816 | 11 | 42,61 |
| GONZÁLEZ | 8.062 | 3 | 37,21 |
| CODAZZI | 52.542 | 19 | 36,16 |
| SAN MARTÍN | 17.980 | 6 | 33,37 |
| MANAURE | 12.873 | 4 | 31,07 |
| PUEBLO BELLO | 19.650 | 6 | 30,53 |
| PELAYA | 17.253 | 5 | 28,98 |
| LA PAZ | 22.438 | 6 | 26,74 |
| SAN DIEGO | 13.604 | 3 | 22,05 |
| TAMALAMEQUE | 13.988 | 3 | 21,45 |
| RÍO DE ORO | 14.273 | 3 | 21,02 |
| CHIMICHAGUA | 30.901 | 6 | 19,42 |
| ASTREA | 18.817 | 3 | 15,94 |
| SAN ALBERTO | 22.285 | 3 | 13,46 |
| AGUACHICA | 87.821 | 9 | 10,25 |
| LA GLORIA | 13.760 | 1 | 7,27 |
| BOSCONIA | 34.099 | 2 | 5,87 |
| EL PASO | 21.884 | 1 | 4,57 |
| VALLEDUPAR | 403.115 | 15 | 3,72 |
| GAMARRA | 15.551 | 0 | 0,00 |
| TOTAL DPTO | 966.420 | 190 | 19,66 |
| PERCENTIL 25 | 15,32 | | |
| PERCENTIL 50 | 27,86 | | |
| PERCENTIL 75 | 38,56 | | |
| MUY ALTO RIESGO | | | |
| ALTO RIESGO | | | |
| MEDIANO RIESGO | | | |
| BAJO RIESGO | | | |



ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y LAS DISCAPACIDADES



2.8. ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES

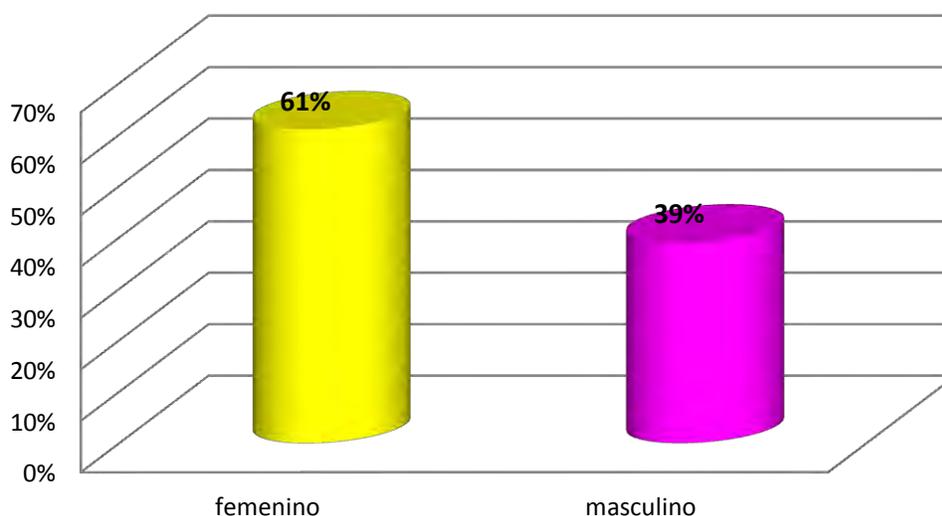
2.8.1. Enfermedad Renal Crónica. Para el año 2011 la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres reporto una mortalidad por este evento para una tasa de 4,5 por cien mil habitantes.

2.8.2. Diabetes Mellitus. El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres reporto para el 2011, un tasa de prevalencia de Diabetes de 19,4, ingresaron 23 pacientes nuevos al programa y se realizaron 428 seguimientos.

2.8.3. Hipertensión Arterial. El Hospital Jorge Isaac Rincón Torres reporto para el 2011, un tasa de prevalencia para hipertensión Arterial de 19,4, ingresaron 23 pacientes nuevos al programa y se realizaron 428 seguimientos.

2.8.4. Discapacidad. Según DANE el municipio de La Jagua de Ibirico para el año 2010, tiene una población discapacitada de 3.3% (761/22435), de los cuales el 61% (462) son mujeres y el 39%(299) son hombres.

Grafica 66. Proporción de Discapacitados Segun Sexo, Municipio La Jagua de Ibirico 2010



FUENTE: DANE



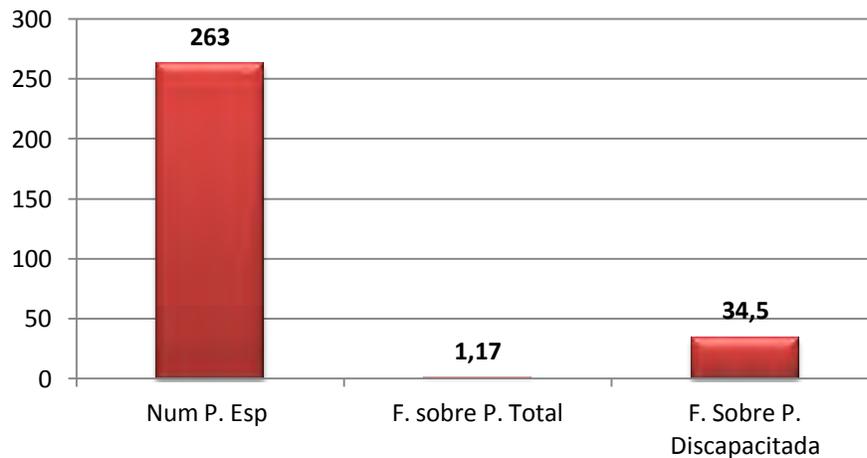
2.8.4.1. Discapacidad Visual.

Tabla 81. Fracción población con Discapacidad Visual.

| Discapacidad Visual | Total |
|--|-------|
| Numero Población con discapacidad visual | 263 |
| Fracción/ sobre P. Total | 1,17 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 34,5 |

FUENTE: DANE 2010

Grafica 67. Fracción de Discapacidad Visual, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



FUENTE: DANE

2.8.4.2. Discapacidad Auditiva.

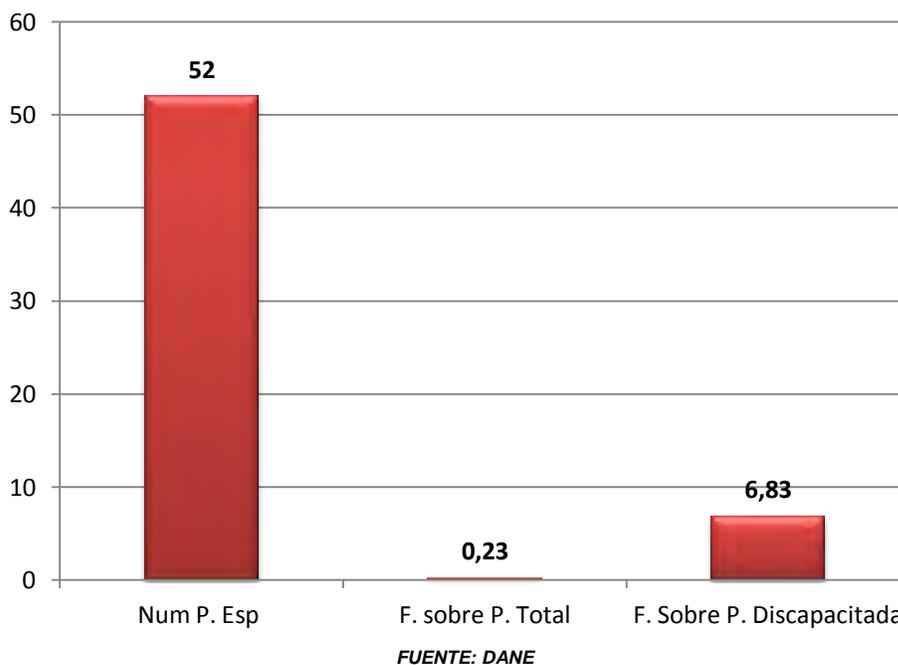
Tabla 82. Fracción Población con Discapacidad Auditiva.

| Discapacidad Auditiva | Total |
|--|-------|
| Numero Población con discapacidad auditiva | 52 |
| Fracción/ sobre P. Total | 0.23 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 6.83 |

FUENTE: DANE



Grafico 68. Fracción Población con Discapacidad Auditiva. , Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



2.8.4.3. Discapacidad para Hablar

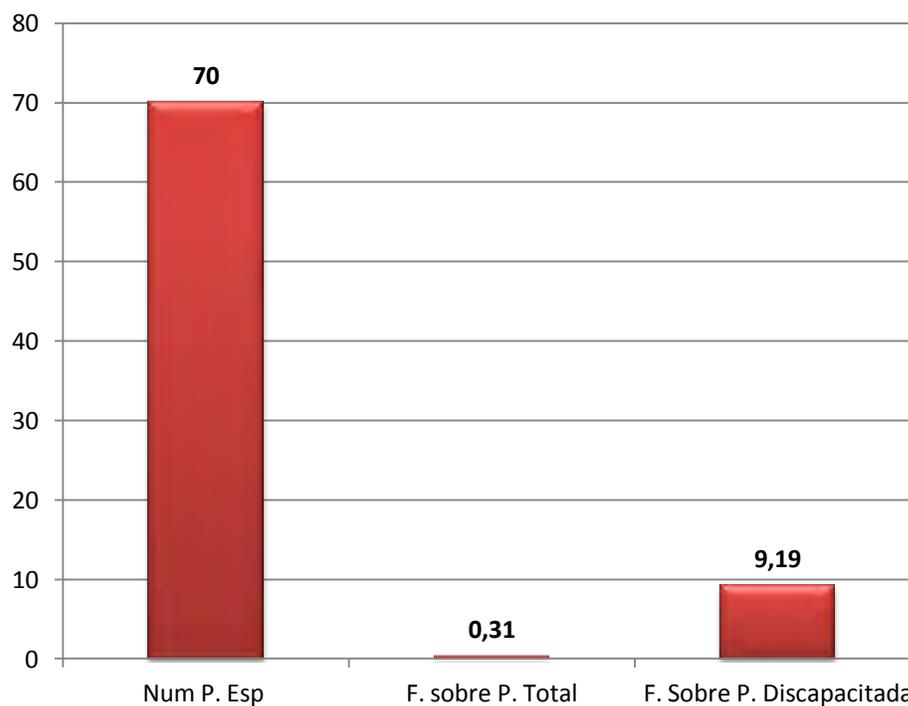
Tabla 83. Fracción Población con Discapacidad para Hablar.

| Discapacidad Para Hablar | Total |
|---|-------|
| Numero Población con discapacidad Para hablar | 70 |
| Fracción/ sobre P. Total | 0,31 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 9,19 |

FUENTE: DANE



Grafico 69. Fracción de Población con Discapacidad Para Hablar, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



FUENTE: DANE

2.8.4.4. Discapacidad para Movimiento

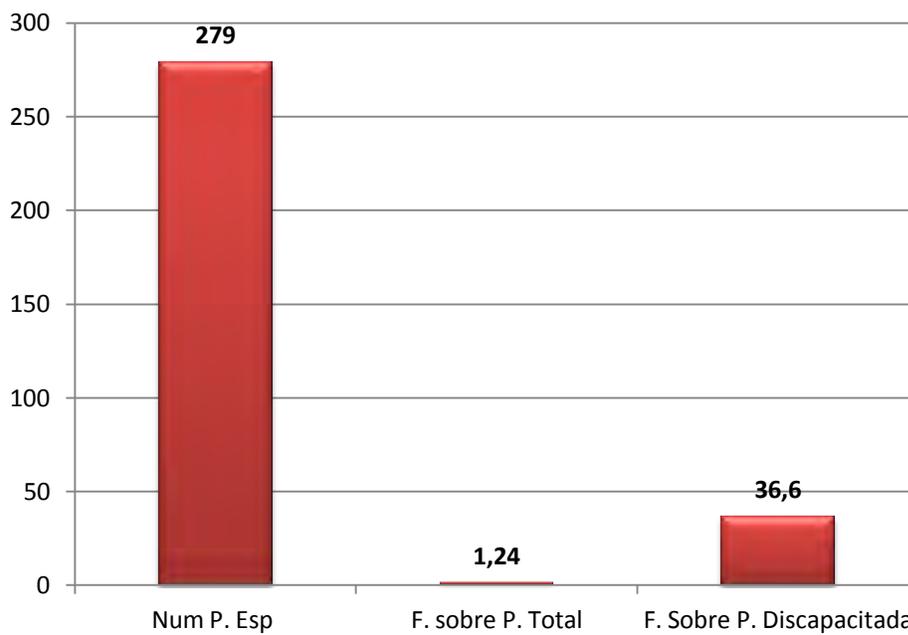
Tabla 84. Fracción Población con Discapacidad para Movimiento

| Discapacidad Para Movimiento | Total |
|--|-------|
| Numero Población con discapacidad Para el movimiento | 279 |
| Fracción/ sobre P. Total | 1,24 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 36,6 |

FUENTE: DANE



Gráfico 70. Fracción de Población con Discapacidad para el Movimiento, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



FUENTE: DANE

2.8.4.5. Discapacidad Manos y Brazos

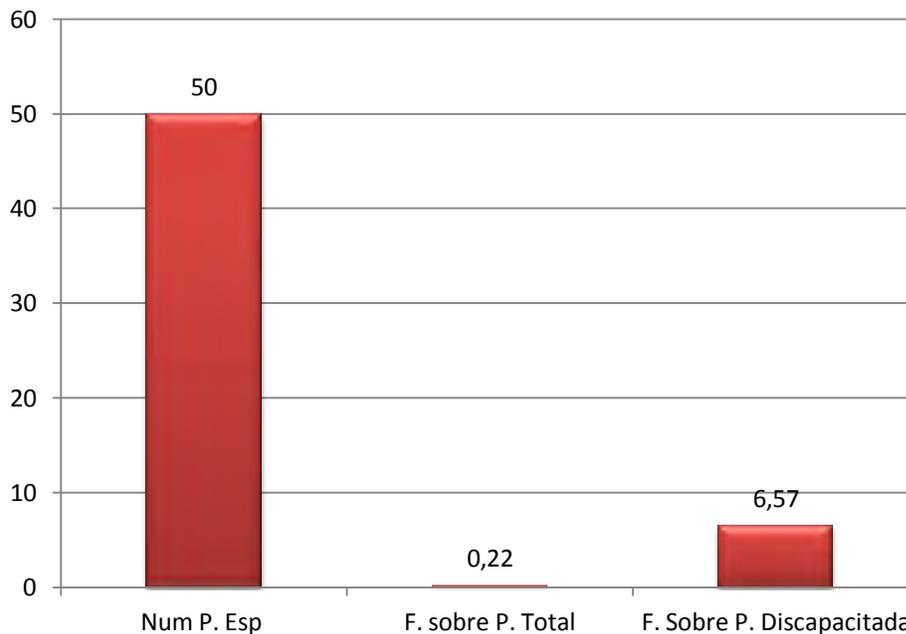
Tabla 85. Fracción Población con Discapacidad para Manos y brazos.

| Discapacidad Brazos y Manos | Total |
|--|-------|
| Numero Población con discapacidad Manos y brazos | 50 |
| Fracción/ sobre P. Total | 0,22 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 6,57 |

FUENTE: DANE



Grafico 71. Fracción de Población con Discapacidad Brazos y Manos, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



FUENTE: DANE

2.8.4.6. Discapacidad para Entender y Aprender

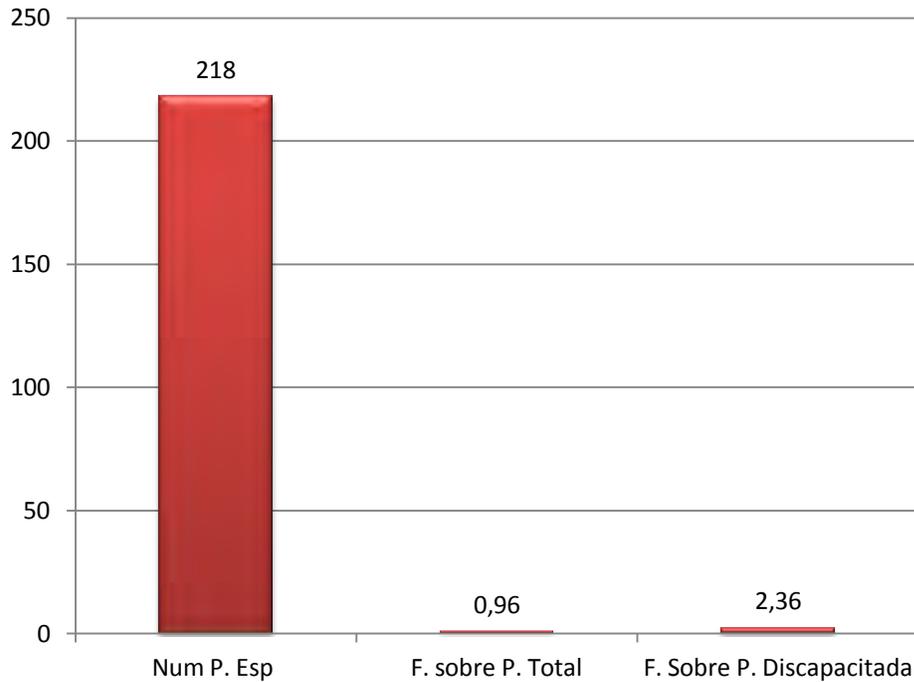
Tabla 86. Fracción Población con Discapacidad para Entender y Aprender.

| Discapacidad Entender y Aprender | Total |
|---|-------|
| Numero Población con discapacidad Entender y Aprender | 218 |
| Fracción/ sobre P. Total | 0,96 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 2,36 |

FUENTE: DANE



Grafico 72. Fracción de Población con Discapacidad para Entender y Aprender, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



FUENTE: DANE

2.8.4.7. Discapacidad Mental o Emocional

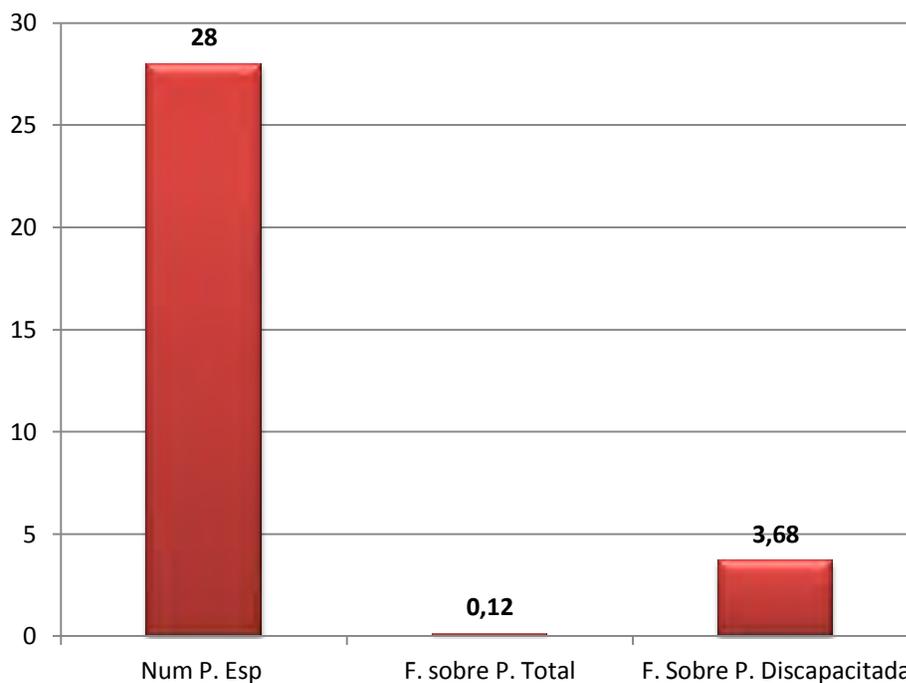
Tabla 87. Fracción Población con Discapacidad Mental o Emocional.

| Discapacidad Mental o Emocional | Total |
|--|-------|
| Numero Población con discapacidad Mental y Emocional | 28 |
| Fracción/ sobre P. Total | 0,12 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 3,68 |

FUENTE: DANE



Grafico 73. Fracción de Población con Discapacidad Mental o Emocional, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010



FUENTE: DANE

2.8.4.8. Otra Discapacidad

Tabla 88. Fracción Población con Otra Discapacidad.

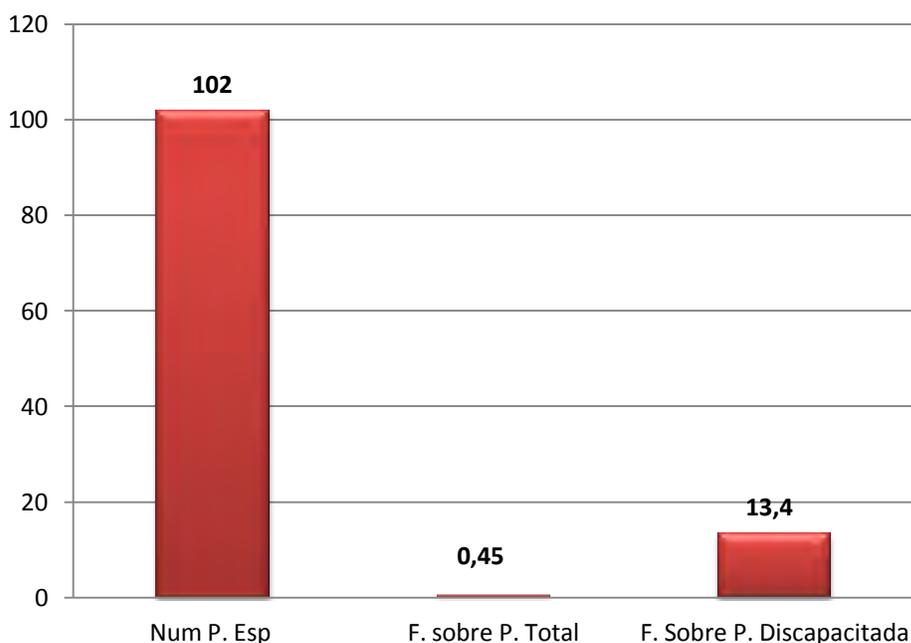
| OTRA DISCAPACIDAD | Total |
|--|-------|
| Numero Población con Otra discapacidad | 102 |
| Fracción/ sobre P. Total | 0,45 |
| Fracción/Sobre P. Discapacitada | 13,4 |

FUENTE: DANE



Grafico 74. Fracción de Población con Discapacidad Mental o Emocional, Municipio de La Jagua de Ibirico 2010

Otra Discapacidad



FUENTE: DANE

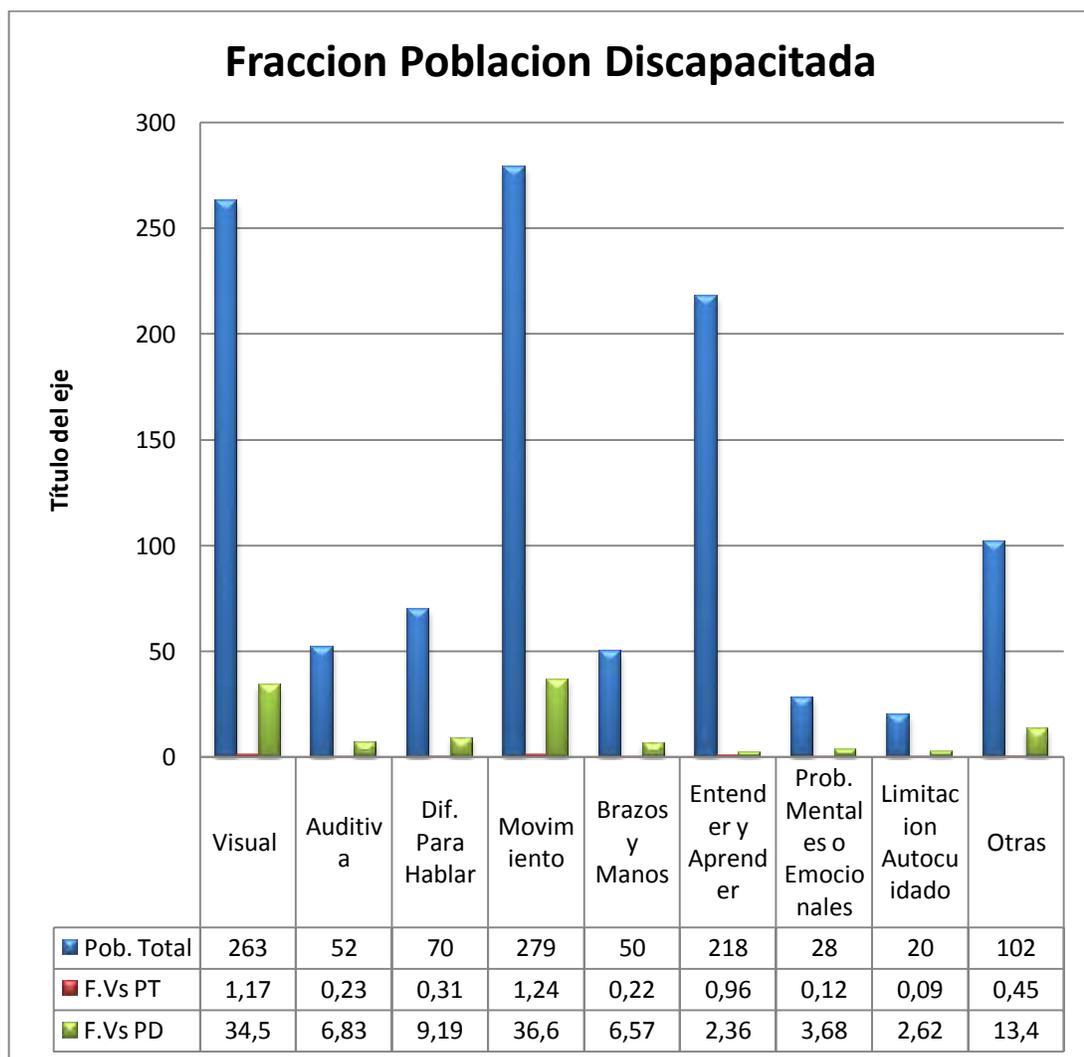
Tabla 89. Consolidado de Discapacidades en el Municipio de La Jagua de Ibirico 2010.

| Discapacidad | Población Total | Fracción / Población Total | Fracción /Población Discapacitada |
|------------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Visual | 263 | 1,17 | 34,5 |
| Auditiva | 52 | 0,23 | 6,83 |
| Dif. Para Hablar | 70 | 0,31 | 9,19 |
| Movimiento | 279 | 1,24 | 36,6 |
| Brazos y Manos | 50 | 0,22 | 6,57 |
| Entender y Aprender | 218 | 0,96 | 2,36 |
| Prob. Mentales o Emocionales | 28 | 0,12 | 3,68 |
| Limitación Autocuidado | 20 | 0,09 | 2,62 |
| Otras | 102 | 0,45 | 13,4 |

FUENTE: DANE



Grafico 75. Fracción de Población con Discapacidad, según Limitación. Municipio de La Jagua de Ibirico 2010





PLAN DE SALUD TERRITORIAL



SALUD NUTRICIONAL



2.9. SALUD NUTRICIONAL.

2.9.1. Bajo Peso al Nacer. De los 529 niños, el 9,6%(51) presentaron bajo peso al nacer, y de estos el 12%(6/51) presentaron bajo peso extremo.

Tabla 90. Clasificación del Peso al Nacer, Municipio de La Jagua 2011

| PESO AL NACER | No CASOS | % |
|----------------------|------------|--------------|
| peso < 1.500gr | 6 | 1,1 |
| peso 1.500 - 2.500gr | 51 | 9,6 |
| > 2.500gr | 472 | 89,2 |
| TOTAL | 529 | 100,0 |

FUENTE: Oficina de Estadística Secretaria de Salud Departamental

En el municipio de Ibirico no se evidencio información para la construcción de los indicadores de este componente, solo se facilito la siguiente información de un informe de junio a Diciembre del 2011.

Tabla 91. Evaluación del Estado Nutricional Junio – Diciembre 2011. La Jagua De Ibirico

| POBLACIÓN | # DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|-------------|
| Eutrófico | 495 | 66,9 % |
| Desnutrición leve | 118 | 15,9% |
| Desnutrición moderado | 49 | 6,6% |
| Desnutrición severa | 2 | 0,27% |
| Sobrepeso | 62 | 8,3% |
| Exceso | 13 | 1,7% |
| Total | 739 | 100% |

FUENTE: Plan de Intervenciones colectiva Hospital Jorge Isaac Rincón Torres



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE



2.10. SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE.

2.10.1. Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano. La calidad del agua es uno de los parámetros establecidos para medir los riesgos del consumo, la cual se realiza a través del Índice de Riesgo para el Consumo de Agua (IRCA), mediante el cual se evalúan 24 parámetros de características físico-químicas y bacteriológicas del agua, cuyas muestras provienen de los municipios y son enviadas al Laboratorio de Salud Pública Departamental y la obligatoriedad en la toma, envío y análisis es reglamentada a través del Decreto 1575 de 2007.

Los parámetros para evaluación de la idoneidad del agua son los siguientes: Color, turbiedad, pH, Cloro residual, Alcalinidad, Calcio, Fosfatos, Manganeso, Molibdeno, Magnesio, Zinc, Dureza Total, Sulfatos, Hierro Total, Cloruros, Nitratos, Nitritos, Aluminio, Fluoruro, COT, Coliformes Totales, E. coli, Antimonio y Arsénico.

De la ponderación de los parámetros establecidos para medir el riesgo del agua para consumo humano se determinará la clasificación municipal en la siguiente manera:

1. 0-5 : Sin riesgo
2. 5.1- 14 : Riesgo bajo
3. 14.1- 35: Riesgo medio
4. 35.1- 80: Riesgo alto
5. >80 : Inviabile

Analizando el periodo 2004-2010, los reportes del IRCA muestran un municipio con antecedente histórico de consumo de agua no apta y siempre ubicada en alto riesgo y en el 2007 con alto índice de contaminación con Coliformes (100%) y E. coli (100%).

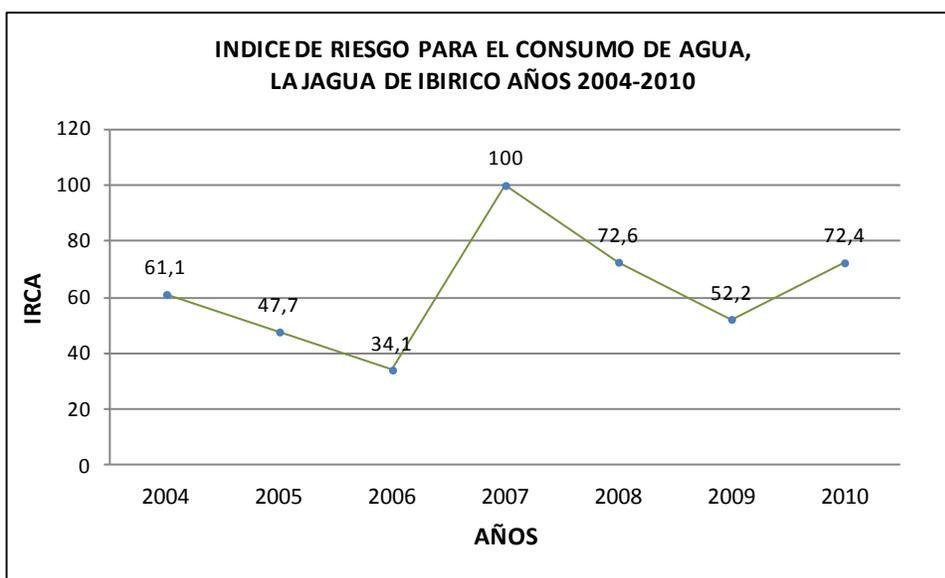


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El municipio de La Jagua de Ibirico consumió agua de alto riesgo para el consumo humano durante el 2010, ubicándose en el tercer puesto en el Departamento entre los de mayor riesgo con un IRCA de 72,4%, mientras que en el 2009 se ubicó en el séptimo.

Grafico 76. Tendencia del Índice de Riesgo para el Consumo del Agua (Irca), La Jagua de Ibirico, Años 2004-2010



Fuente: Laboratorio de Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental (Página del INS)

2.10.2. Servicio de Acueducto. El municipio de La Jagua de Ibirico no cuenta con servicio de agua potable para el consumo humano. Se deduce su no aceptabilidad basada en la presencia de coliformes fecales lo cual puede llevar a la población a sufrir enfermedades como parasitosis intestinal, gastroenteritis, cólera, hepatitis infecciosas.

Fotos Planta de Tratamiento



2.10.3. Servicio de Alcantarillado. En el área urbana la cobertura es de un 71% la proyección de cuatrienio es a un 95% y en el área rural es de 20% la proyección de cuatrienio es a un 50%

2.10.2.4. Servicio De Aseo. La presentación del servicio de aseo se cumple mediante 2 vehículos compactadores de basuras. La disposición final es realizada en el municipio de Valledupar en el relleno sanitario los corazones el cual se encuentra a 150 kilometros del municipio de la jagua de Ibirico.

En el área urbana la cobertura es de un 74% la proyección de cuatrienio es a un 95% y en el área rural es de 0% la proyección de cuatrienio es a un 70% el

municipio es prestador directo, y en su meta es empezar a facturar para no ser decertificado por parte de la súper intendencia de servicios público.

Imágenes iniciales de cómo recibió la nueva administración la plaza principal y los problemas de salubridad



Esto es la plaza principal actualmente:



El municipio en el sector Urbano presenta una cobertura del 80% y en los centros poblados específicamente el corregimiento de Las Palmitas alcanza una cobertura del 15%.



SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL



2.11. SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

Según la oficina de Recurso Humano del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, solo se han reportado 2 accidentes laborales, de los cuales uno fue catalogado como Enfermedad Profesional.

Refiere que todo los empleados se encuentran afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, tanto el personal de Planta como los contratistas.



ANÁLISIS MORTALIDAD



2.12. ANALISIS DE MORTALIDAD

En el año 2011 se presentaron 39 muertes en el Municipio de La Jagua de Ibirico. La primera causa de muerte es el infarto agudo al Miocardio, que equivale al 26% del total de las muertes. La segunda causa de muerte por Hipoxia Cerebral con el 23% y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con el 15% del total de las muertes. El grupo de edad más afectado es el de 60 y más años de edad, con un total de 33 muertes.

2.12.1. Mortalidad General por Grupos Etéreos.

Cuadro 12. Mortalidad por grupos Etéreos en el 2011

| RANGOS DE EDAD | FRECUENCIA | % |
|--------------------|------------|------|
| Menores de 1 año | 1 | 2,5% |
| De 1 a 4 años | 1 | 2,5% |
| De 5 a 14 años | 0 | 0% |
| De 15 a 44 años | 3 | 8% |
| De 45 a 59 años | 1 | 2,5% |
| Mayores de 60 años | 33 | 85% |
| TOTAL | 39 | 100% |

Fuente: Hospital Jorge Isaac Rincón Torres – La Jagua de Ibirico



ANÁLISIS MORBILIDAD



2.13. ANALISIS DE LA MORBILIDAD

2.13.1. Diagnostico de Eje de Salud Pública. El análisis epidemiológico tiene como objetivo determinar la situación actual de salud de la población en general y de los grupos vulnerables (población infantil y materna) en particular, identificando los principales problemas de salud de la población, así como sus factores de riesgo y vulnerabilidad.

2.13.2. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónica No Transmisibles.

Las Enfermedades cardiovasculares de acuerdo con los registros de morbilidad y mortalidad del Sistema de Información en Salud por parte del servicio de consulta externa de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, esta enfermedad se convierte en una problemática en salud presente en el municipio de la jagua de Ibirico ,según las variables poblacionales que sufren de este tipo de afecciones son ocasionadas específicamente por la Hipertensión Arterial, puede señalarse como uno de los factores determinantes lo relacionado con los estilos de vida no adecuados tales como: sedentarismo, consumo de alcohol, grasas, harinas y sal, estrés, tabaquismo. Los factores de riesgo anteriormente señalados presentes en la comunidad de la jagua de Ibirico nos da la posibilidad de diseñara un programa dirigido a la prevención de enfermedades no trasmisibles que será ejecutado por acciones y proyectos tendientes a su resolución y/o mejoramiento de los índices de morbilidad de alta incidencia municipales el municipio de la Jagua de Ibirico, la Hipertensión arterial está catalogada dentro de una de las principales causas por consulta externa.

2.13.3. Factores De Riesgos Psicosociales. En el municipio de la Jagua de Ibirico es importante destacar que la mayoría de los hogares soportan el flagelo de la violencia intrafamiliar y sus principales causas son:

- ✓ ***Poco Interés por la Educación:*** casi todos los padres de familia del municipio de la jagua de Ibirico, solo han cursado básica primaria y en algunos casos



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



incompleta, otros pocos han terminado el bachillerato y una cantidad mínima de la población presenta estudios universitarios, problema que se percibe por la escasa o nula disposición de ayuda en el proceso de tareas de los estudiantes, la desmotivación por la lectura y estudio inconstante de estos pequeños.

- ✓ **La comunicación:** se maneja al interior de los hogares una comunicación nada ideal, ocasionado pocas oportunidades de dialogo, por el contrario los golpes, gritos, inseguridad, desamor destacan la poca comunicación de las parejas y sus hijos, orientando este problema a la descomposición familiar, el divorcio y los jóvenes se sienten apartados y a la deriva y piensan en opciones diferentes tratando de buscar ayuda según ellos en el cigarrillo, el alcohol, amigos de farra. Etc.
- ✓ **Herencia del Maltrato:** los padres de estos jóvenes a su vez han sido criados en hogares mal tratadores, formación violenta que transmiten a sus hijos de generación en generación ampliando cada vez más la ola de violencia y amargura repitiendo los mismos e inadecuados patrones de crianza.
- ✓ **Concepto Errado de Crianza:** los padres de familia no despeñan el verdadero arte de ser padres formadores y orientadores de vidas, creen que esta tarea es ajena a ello, que corresponde a la institución educativa, a los suegros, tíos, abuelos y pasan por alto su verdadero rol que es para toda la vida.
- ✓ **Nivel Socioeconómico Bajo:** este factor crea en la comunidad pocas expectativas de superación, estudio, construyendo a su vez proyectos de vida con escasos sueños y ausencias de metas a corto y mediano plazo.
- ✓ **Oportunidades Escasas de Empleo:** este factor genera ansiedad, stress, tristeza, poco amor propio sintiendo que la mejor calidad de vida no forma parte de su existencia.
- ✓ **Ausencia del Perdón:** la ausencia del perdón es expresión de sentimientos positivos hacen que se olvide que el PERDON es una alternativa para las parejas de éxito.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.13.4. Análisis de Morbilidad.

2.13.4.1. Morbilidad General por Consulta Externa. El número de consultas en el año 2007 fue de 26.250 las primeras 10 causas de morbilidad en consulta externa en el municipio son: El número de consultas en el año 2011 fue de 54.147, las primeras 20 causas de morbilidad en consulta externa en el municipio son:

Cuadro 13. Veinte causas de Morbilidad General Por Consulta Externa en el Año 2011

| No | CAUSA | FRECUENCIA | % |
|--------------|---|--------------|------------|
| 1 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 4714 | 16 |
| 2 | DOLOR ABDOMINAL | 3335 | 11 |
| 3 | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 3269 | 11 |
| 4 | CEFALEA | 2023 | 7 |
| 5 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 1949 | 7 |
| 6 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 1923 | 7 |
| 7 | INFECCION DE VIAS URINARIA | 1624 | 5 |
| 8 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 1561 | 5 |
| 9 | DOLOR AGUDO | 1398 | 5 |
| 10 | CARIES DENTAL | 1385 | 5 |
| 11 | INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 1249 | 4 |
| 12 | VAGINITIS AGUDA | 1214 | 4 |
| 13 | NAUSEA Y VOMITO | 1104 | 4 |
| 14 | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 690 | 2 |
| 15 | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA | 447 | 2 |
| 16 | DIABETES MELLITUS | 430 | 1 |
| 17 | ASMA, NO ESPECIFICADA | 371 | 1 |
| 18 | PARASITOSIS INTESTINAL | 370 | 1 |
| 19 | COLICO RENAL | 334 | 1 |
| 20 | DOLOR EN EL PECHO | 282 | 1 |
| TOTAL | | 29672 | 100 |

FUENTE: Rips de Consulta Externa, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

La mayor morbilidad se presentó en el grupo de los 15 – 44 años con 13.046 consultas, con diagnósticos de Dolor abdominal, fiebre, cefalea, vaginitis, seguidos del grupo de 1 a 4 años con 4.922 consultas y diagnósticos de fiebre, infección respiratoria aguda, diarrea, náusea y vómito.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 14. Quince causas de Morbilidad General Por consulta Externa en niños menores de 1 año en el Año 2011.

| No | CAUSA | FRECUENCIA | % |
|--------------|---|------------|-----|
| 1 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | 578 | 28 |
| 2 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 539 | 26 |
| 3 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 329 | 16 |
| 4 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 228 | 11 |
| 5 | NAUSEA Y VOMITO | 98 | 5 |
| 6 | ASMA, NO ESPECIFICADA | 62 | 4 |
| 7 | BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 49 | 2 |
| 8 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 31 | 1 |
| 9 | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 30 | 1 |
| 10 | ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS | 28 | 1 |
| 11 | DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA | 25 | 1 |
| 12 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 20 | 1 |
| 13 | BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 20 | 1 |
| 14 | PIODERMA | 18 | 1 |
| 15 | PIODERMA | 18 | 1 |
| TOTAL | | 2073 | 100 |

FUENTE: Rips de Consulta Externa, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

Cuadro 15. Quince Primeras causas de Morbilidad en niños de 1 – 4 años de edad, Año 2011.

| No | CAUSA | FRECUENCIA | % |
|--------------|--|------------|-----|
| 1 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 1493 | 30 |
| 2 | INFECCION RESPIRATORIA AGUDA | 948 | 19 |
| 3 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 605 | 12 |
| 4 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 463 | 9 |
| 5 | NAUSEA Y VOMITO | 241 | 5 |
| 6 | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 239 | 5 |
| 7 | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION | 167 | 3 |
| 8 | ASMA, NO ESPECIFICADA | 141 | 3 |
| 9 | PIODERMA | 125 | 3 |
| 10 | IMPETIGO | 100 | 2 |
| 11 | CARIES DE LA DENTINA | 88 | 2 |
| 12 | FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 85 | 2 |
| 13 | ESTADO ASMATICO | 79 | 2 |
| 14 | ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION | 78 | 2 |
| 15 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 70 | 1 |
| TOTAL | | 4922 | 100 |

FUENTE: Rips de Consulta Externa, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 16. Quince Primeras causas de Morbilidad de 5 – 14 años de edad, Año 2011

| No | CAUSA | FRECUENCIA | % |
|--------------|--|-------------|------------|
| 1 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 1120 | 26 |
| 2 | CARIES DE LA DENTINA | 386 | 9 |
| 3 | DOLOR ABDOMINAL | 382 | 9 |
| 4 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 310 | 7 |
| 5 | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 290 | 7 |
| 6 | CEFALEA | 266 | 6 |
| 7 | NAUSEA Y VOMITO | 246 | 6 |
| 8 | ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION | 222 | 5 |
| 9 | PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION | 203 | 5 |
| 10 | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 198 | 5 |
| 11 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 181 | 4 |
| 12 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 151 | 4 |
| 13 | DOLOR AGUDO | 151 | 4 |
| 14 | ASMA, NO ESPECIFICADA | 75 | 2 |
| 15 | RAIZ DENTAL RETENIDA | 71 | 1 |
| TOTAL | | 4252 | 100 |

FUENTE: Rips de Consulta Externa, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

Cuadro 17. Quince Primeras causas de Morbilidad de 15 – 44 años de edad, Año 2011

| No | CAUSA | FRECUENCIA | % |
|--------------|---|--------------|------------|
| 1 | DOLOR ABDOMINAL | 2400 | 18 |
| 2 | CEFALEA | 1420 | 11 |
| 3 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 1357 | 10 |
| 4 | VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS | 1139 | 9 |
| 5 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 1067 | 8 |
| 6 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 962 | 7 |
| 7 | DOLOR AGUDO | 913 | 7 |
| 8 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 843 | 7 |
| 9 | CARIES DE LA DENTINA | 811 | 6 |
| 10 | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 490 | 4 |
| 11 | NAUSEA Y VOMITO | 404 | 3 |
| 12 | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA | 363 | 3 |
| 13 | COLICO RENAL, NO ESPECIFICADO | 334 | 3 |
| 14 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 320 | 2 |
| 15 | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 223 | 2 |
| TOTAL | | 13046 | 100 |

FUENTE: Rips de Consulta Externa, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Cuadro 18. Quince Primeras causas de Morbilidad de 45 – 64 años de edad, Año 2011

| No | CAUSA | FRECUENCIA | % |
|--------------|---|-------------|------------|
| 1 | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 1360 | 33 |
| 2 | DOLOR ABDOMINAL | 412 | 10 |
| 3 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 389 | 9 |
| 4 | CEFALEA | 280 | 7 |
| 5 | DOLOR AGUDO | 277 | 7 |
| 6 | DIABETES MELLITUS | 255 | 7 |
| 7 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 255 | 6 |
| 8 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 188 | 5 |
| 9 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 170 | 4 |
| 10 | CARIES DE LA DENTINA | 100 | 2 |
| 11 | HIPERCOLESTEROLEMIA PURA | 99 | 2 |
| 12 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 92 | 2 |
| 13 | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA | 84 | 2 |
| 14 | DOLOR EN ARTICULACION | 84 | 2 |
| 15 | NAUSEA Y VOMITO | 81 | 2 |
| TOTAL | | 4126 | 100 |

FUENTE: Rips de Consulta Externa, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

Cuadro 19 Veinte Primeras causas de Morbilidad en > de 65 años de edad, Año 2011

| No | CAUSA | FRECUENCIA | % |
|----|---|------------|----|
| 1 | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 1419 | 55 |
| 2 | DIABETES MELLITUS | 175 | 7 |
| 3 | INFECCION DE VIAS URINARIAS | 155 | 6 |
| 4 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 105 | 4 |
| 5 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 74 | 3 |
| 6 | DOLOR ABDOMINAL | 71 | 3 |
| 7 | HIPERCOLESTEROLEMIA PURA | 69 | 3 |
| 8 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 64 | 3 |
| 9 | CEFALEA | 57 | 2 |
| 10 | DOLOR AGUDO | 57 | 2 |
| 11 | ASMA, NO ESPECIFICADA | 42 | 2 |
| 12 | DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR | 42 | 2 |
| 13 | NAUSEA Y VOMITO | 34 | 1 |
| 14 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | 33 | 1 |
| 15 | DOLOR EN ARTICULACION | 33 | 1 |
| 16 | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS | 32 | 1 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| RESPIRATORIAS INFERIORES | | | |
|--------------------------|--|-------------|------------|
| 17 | HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA | 30 | 1 |
| 18 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 30 | 1 |
| 19 | MAREO Y DESVANECIMIENTO | 30 | 1 |
| 20 | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION | 28 | 1 |
| TOTAL | | 2580 | 100 |

FUENTE: Rips de Consulta Externa, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

NOTA: no se posible analizar la información de Urgencia y Hospitalización 2011, ya que el sistema que maneja la E.S.E RFAST 8, no reporta en los rips las consultas por urgencia y hospitalización, es de anotar que el servicio de Hospitalización de la E.S.E fue suspendido para el año 2011, por lo tanto todos los pacientes se derivaban al segundo nivel. Por lo tanto se muestra a continuación el comportamiento la morbilidad 2010.

Tabla 92. Consulta Médica General Atendidas por el Servicio de Urgencia de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

| CAUSA | TOTAL | < 1 año | 1-4 años | 5-9 años | 10-14 años | 15-19 años | 20-24 años | 25-29 años | 30-34 años | 35-39 años | 40-44 años | 45-49 años | 50-54 años | 55-59 años | 60-64 años | 65 y más años |
|---|-------|---------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Fiebre no especificada | 4269 | 470 | 120 4 | 680 | 37 5 | 309 | 287 | 247 | 196 | 15 3 | 11 8 | 82 | 46 | 45 | 18 | 39 |
| Cefalea | 1243 | 1 | 8 | 43 | 87 | 152 | 213 | 170 | 154 | 12 1 | 10 7 | 54 | 36 | 34 | 24 | 39 |
| Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 1218 | 142 | 284 | 44 | 27 | 48 | 124 | 146 | 113 | 80 | 51 | 35 | 41 | 26 | 14 | 43 |
| Lumbago no especificado | 885 | | 1 | | 15 | 53 | 115 | 135 | 142 | 13 8 | 11 4 | 71 | 38 | 24 | 19 | 20 |
| Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen | 745 | 4 | 14 | 35 | 48 | 120 | 116 | 111 | 82 | 61 | 68 | 19 | 22 | 14 | 14 | 17 |
| Otros dolores abdominales y los no especificados | 684 | 10 | 24 | 29 | 45 | 97 | 118 | 91 | 60 | 55 | 51 | 31 | 23 | 17 | 15 | 18 |
| Dolor agudo | 653 | 8 | 11 | 30 | 30 | 47 | 89 | 95 | 88 | 66 | 49 | 44 | 27 | 21 | 21 | 27 |
| Nausea y vómito | 564 | 75 | 162 | 94 | 39 | 40 | 36 | 34 | 29 | 13 | 15 | 6 | 4 | 3 | 2 | 12 |
| Dolor abdominal localizado en parte | 559 | 8 | 9 | 13 | 40 | 67 | 102 | 80 | 61 | 44 | 37 | 29 | 14 | 10 | 11 | 34 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|------|------|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| superior | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Insuficiencia respiratoria aguda | 550 | 167 | 201 | 32 | 19 | 11 | 10 | 7 | 18 | 14 | 14 | 12 | 11 | 4 | 12 | 18 |
| Hipertensión esencial (primaria) | 492 | | | | | 1 | 7 | 18 | 27 | 44 | 64 | 59 | 60 | 31 | 42 | 139 |
| Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores | 402 | 116 | 131 | 18 | 8 | 16 | 16 | 21 | 11 | 11 | 12 | 14 | 4 | 3 | 5 | 16 |
| Embarazo confirmado | 371 | | | | 8 | 113 | 112 | 86 | 37 | 11 | 3 | 1 | | | | |
| Rinofaringitis aguda resfriado común | 331 | 76 | 83 | 35 | 21 | 18 | 30 | 16 | 12 | 14 | 7 | 8 | 1 | | 8 | 2 |
| Asma no especificada | 327 | 36 | 79 | 32 | 13 | 12 | 12 | 20 | 15 | 21 | 27 | 16 | 18 | 3 | 8 | 15 |
| Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 311 | 11 | 10 | 17 | 16 | 47 | 55 | 50 | 30 | 23 | 19 | 8 | 5 | 5 | 6 | 9 |
| Estado migrañoso | 306 | | 1 | 5 | 21 | 39 | 49 | 38 | 37 | 29 | 38 | 16 | 11 | 12 | 1 | 9 |
| Dolor en el pecho, no especificado | 283 | | | 5 | 17 | 34 | 29 | 41 | 43 | 19 | 27 | 16 | 14 | 14 | 10 | 14 |
| Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada | 277 | 91 | 105 | 18 | 4 | 6 | 4 | 9 | 9 | 2 | 6 | 1 | 7 | 1 | 2 | 12 |
| Estado asmático | 230 | 20 | 39 | 15 | 9 | 13 | 12 | 7 | 21 | 14 | 14 | 23 | 14 | 2 | 8 | 19 |
| TOTALES | 14700 | 1235 | 2366 | 1145 | 842 | 1243 | 1536 | 1422 | 1185 | 933 | 841 | 545 | 396 | 269 | 240 | 502 |

Fuente: Sistema Integrado de Información Administrativa, Financiera y asistencial, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 93. Consulta Médica General Atendidas por El Servicio de Consulta Externa de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincon Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

| CAUSA | TOTAL | < 1 año | 1-4 años | 5-9 años | 10-14 años | 15-19 años | 20-24 años | 25-29 años | 30-34 años | 35-39 años | 40-44 años | 45-49 años | 50-54 años | 55-59 años | 60-64 años | 65 y más años |
|--|-------|---------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Rinofaringitis aguda resfriado común | 1052 | 197 | 365 | 149 | 71 | 45 | 40 | 28 | 22 | 15 | 23 | 20 | 18 | 15 | 10 | 34 |
| Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 723 | 19 | 51 | 29 | 30 | 84 | 96 | 67 | 48 | 55 | 36 | 44 | 24 | 31 | 26 | 83 |
| Vaginitis Aguda | 668 | 2 | 14 | 6 | 14 | 109 | 136 | 99 | 91 | 74 | 52 | 38 | 18 | 11 | 2 | 2 |
| Consulta para repetición de receta | 495 | 6 | 11 | 9 | 12 | 47 | 35 | 27 | 26 | 23 | 30 | 27 | 41 | 40 | 47 | 114 |
| Otras consultas especificadas | 489 | 12 | 34 | 29 | 36 | 58 | 53 | 43 | 28 | 30 | 38 | 31 | 22 | 22 | 17 | 36 |
| Examen médico general | 480 | 27 | 61 | 39 | 55 | 39 | 34 | 16 | 15 | 28 | 20 | 19 | 18 | 19 | 23 | 67 |
| Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra | 465 | 2 | 23 | 9 | 19 | 58 | 76 | 68 | 53 | 44 | 53 | 39 | 13 | 3 | 5 | |
| Parasitosis intestinal, sin otra especificación | 432 | 15 | 122 | 111 | 74 | 24 | 10 | 12 | 12 | 7 | 12 | 8 | 7 | 5 | 2 | 11 |
| Infección aguda en las vías respiratorias superiores no especificada | 432 | 69 | 136 | 63 | 35 | 14 | 22 | 9 | 8 | 11 | 11 | 10 | 6 | 6 | 11 | 21 |
| Hipertensión esencial (primaria) | 421 | | | | | | 2 | 2 | | 11 | 17 | 39 | 48 | 46 | 70 | 186 |
| Lumbago no especificado | 363 | | | 3 | 4 | 25 | 36 | 25 | 26 | 49 | 43 | 40 | 40 | 22 | 16 | 34 |
| Cefalea | 339 | | | 23 | 47 | 55 | 42 | 30 | 30 | 24 | 25 | 22 | 19 | 8 | 6 | 8 |
| Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 268 | 75 | 117 | 12 | 11 | 10 | 5 | 4 | 9 | 6 | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 | 6 |
| Pioderma | 243 | 24 | 138 | 53 | 8 | 10 | | 2 | | 1 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 2 |
| Amenorrea sin otra especificación | 222 | | | | 8 | 68 | 71 | 34 | 21 | 11 | 6 | 3 | | | | |
| Fiebre no especificada | 220 | 25 | 74 | 43 | 27 | 14 | 9 | 3 | 4 | 6 | 5 | 3 | 2 | 3 | | 2 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Dolor en articulación | 185 | | 5 | 3 | 5 | 18 | 7 | 11 | 13 | 24 | 18 | 17 | 19 | 14 | 12 | 19 |
| Embarazo (aun) no confirmado | 179 | | | | 6 | 65 | 54 | 29 | 11 | 9 | 4 | 1 | | | | |
| Amigdalitis aguda no especificada | 161 | 6 | 36 | 23 | 27 | 6 | 16 | 8 | 6 | 9 | 9 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 |
| Mialgia | 136 | | | 5 | 8 | 10 | 5 | 3 | 10 | 21 | 12 | 17 | 7 | 13 | 6 | 19 |
| Totales | 7973 | 479 | 1187 | 609 | 497 | 759 | 749 | 520 | 433 | 458 | 417 | 386 | 310 | 264 | 258 | 647 |

Fuente: Sistema Integrado de Información Administrativa, Financiera y asistencial, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

Tabla 94. Consulta por Accidentes de Tránsito Atendidas en el Servicio de Urgencias de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

| CAUSA | TOTAL | 1-4 años | 5-9 años | 10-14 años | 15-19 años | 20-24 años | 25-29 años | 30-34 años | 35-39 años | 40-44 años | 45-49 años | 50-54 años | 55-59 años | 60-64 años | 65 y mas años |
|---|-------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Traumatismos superficiales multiples, no especificados | 31 | | 2 | 2 | 1 | 8 | 6 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | | |
| Traumatismo de la cabeza, no especificados | 18 | | | | 4 | 3 | 1 | 6 | | | 1 | 2 | | | 1 |
| Otros Traumatismo de la cabeza, no especificados | 8 | | | | 1 | 1 | 2 | | 1 | 1 | | 2 | | | |
| Accidente de transporte no especificado | 6 | | | | | 3 | 1 | | | 1 | | 1 | | | |
| Motociclista (cualquiera) lesionado en accidente de tránsito, no especificado | 4 | | 1 | | | 1 | | 2 | | | | | | | |
| Lumbago, no especificado | 3 | | | | | | | 2 | | | 1 | | | | |
| Herida de la cabeza, parte no especificada | 3 | | | 1 | | | | 1 | | 1 | | | | | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|---|---|---|----|----|----|---|----|---|---|---|---|---|---|
| Contusión del hombro y brazo | 3 | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Traumatismos múltiples, no especificados | 3 | | | 1 | | | | 1 | | 1 | | | | | | |
| Traumatismo, no especificado | 3 | | 1 | | | | | | 2 | | 1 | | | | | 1 |
| Cefalea | 2 | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | | |
| Dolor agudo | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros traumatismos del torax, especificados | 2 | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | | |
| Traumatismo del nervio mediano a nivel del brazo | 2 | | | | | 1 | | | | | 1 | | | | | |
| Otros traumatismos especificados del hombro y del brazo | 2 | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | |
| Otros traumatismos de la pierna, especificados | 2 | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | | |
| Contusión del tobillo | 2 | | | | | | | | 1 | | | 1 | | | | |
| Herida del miembro inferior, nivel no especificado | 2 | | | | | 2 | | | | | | | | | | |
| Otros traumatismos especificados de miembro inferior, nivel no especificado | 2 | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | | |
| Otros traumatismos de región no especificada del cuerpo | 2 | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | | |
| Totales | 102 | 0 | 4 | 4 | 8 | 20 | 11 | 20 | 7 | 12 | 7 | 6 | 1 | 0 | 2 | |

Fuente: Sistema Integrado de Información Administrativa, Financiera y asistencial, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 95. Consultas Odontológicas de Acuerdo a Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

| CAUSA | TOTAL | < 1 año | 1-4 años | 5-9 años | 10-14 años | 15-19 años | 20-24 años | 25-29 años | 30-34 años | 35-39 años | 40-44 años | 45-49 años | 50-54 años | 55-59 años | 60-64 años | 65 y más años |
|--|-------|---------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Examen odontológico | 1626 | | 180 | 366 | 193 | 239 | 190 | 124 | 69 | 91 | 58 | 39 | 34 | 16 | 12 | 15 |
| Necrosis de la pulpa | 92 | | | 6 | 13 | 24 | 11 | 7 | 8 | 14 | 2 | 6 | 1 | | | |
| Caries de la dentina | 76 | | 3 | 8 | 6 | 20 | 18 | 7 | 2 | | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | |
| Pulpitis | 20 | | | | 2 | 7 | 4 | | 4 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| Raíz dental retenida | 9 | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | 2 | 1 |
| Absceso periapical sin fisura | 7 | | | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | | | | | | | | |
| Dolor agudo | 5 | | | | | 3 | 2 | | | | | | | | | |
| Periodontitis crónica | 3 | | | | | | | | | | 1 | 1 | | 1 | | |
| Periodontitis apical aguda originada en la pulpa | 2 | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | |
| Absceso periapical con fisura | 2 | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | | |
| Caries dental, no especificada | 1 | | | | | | | | | | 1 | | | | | |
| Totales | 1843 | 0 | 183 | 384 | 217 | 297 | 227 | 139 | 85 | 106 | 66 | 51 | 39 | 18 | 15 | 16 |

Fuente: Sistema Integrado de Información Administrativa, Financiera y asistencial, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres

Tabla 96. Primeras 30 Causas de Morbilidad por Consulta Médica, según Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, La Jagua De Ibirico, Año 2010

| COD | CAUSAS | TODAS LAS EDADES | | < 1 AÑO | | 1 - 4 AÑOS | | 5 - 14 AÑOS | | 15 - 44 AÑOS | | 45 - 59 AÑOS | | 60 Y MAS AÑOS | | |
|-----|---|------------------|-------|---------|-----|------------|-----|-------------|-----|--------------|------|--------------|-----|---------------|-----|-----|
| | | Orden | Casos | % | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| 114 | FIEBRE | 1 | 3685 | 5 | 186 | 206 | 446 | 487 | 384 | 567 | 487 | 701 | 62 | 102 | 28 | 29 |
| 115 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS | 2 | 2979 | 4 | 10 | 20 | 27 | 39 | 226 | 155 | 1417 | 615 | 200 | 108 | 95 | 67 |
| 104 | ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 3 | 737 | 1 | | | | | | | 106 | 61 | 181 | 58 | 202 | 129 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|----|------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 108 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES | 4 | 1687 | 2 | 126 | 142 | 222 | 240 | 178 | 192 | 281 | 156 | 55 | 29 | 40 | 26 |
| 101 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 5 | 1324 | 2 | 82 | 117 | 167 | 211 | | | 219 | 356 | 44 | 65 | 39 | 24 |
| 124 | LUMBAGO | 6 | 1000 | 1 | | | | | 11 | 5 | 336 | 380 | 103 | 88 | 31 | 46 |
| 109 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 7 | 921 | 1 | 16 | 16 | 46 | 12 | 57 | 36 | 421 | 102 | 90 | 17 | 55 | 53 |
| 112 | ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA | 9 | 588 | 1 | 4 | | 14 | | 17 | | 488 | | 60 | | 5 | |
| 107 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 10 | 488 | 1 | 31 | 37 | 48 | 58 | 23 | 39 | 105 | 46 | 26 | 24 | 30 | 21 |
| 130 | HELMINTIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL | 11 | 409 | 1 | 9 | 14 | 57 | 57 | 86 | 82 | 48 | 26 | 13 | 5 | 9 | 3 |
| 126 | ABSCESO CUTANEO - FURUNCULO Y ANTRAX | 12 | 399 | 1 | 7 | 7 | 26 | 29 | 28 | 42 | 80 | 125 | 17 | 19 | 10 | 9 |
| 128 | GASTRITIS Y DUODENITIS | 13 | 371 | 0 | 7 | 3 | 16 | 10 | 16 | 9 | 163 | 75 | 23 | 16 | 17 | 16 |
| 106 | DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | 14 | 301 | 0 | 21 | 22 | 62 | 48 | 58 | 39 | 42 | 6 | | | 2 | 1 |
| 118 | DERMATITIS | 15 | 276 | 0 | 13 | 22 | 41 | 32 | 36 | 29 | 52 | 22 | 12 | 9 | 4 | 4 |
| 131 | DOLOR EN ARTICULACION | 16 | 230 | 0 | | | | | 7 | 7 | 86 | 39 | 38 | 17 | 16 | 20 |
| 123 | PIODERMA | 17 | 244 | 0 | 18 | 12 | 65 | 66 | 26 | 36 | 10 | 6 | 2 | | 2 | 1 |
| 117 | ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES | 18 | 155 | 0 | | | 4 | 3 | 17 | 16 | 66 | 34 | 5 | 8 | 1 | 1 |
| 113 | CEFALEA | 19 | 197 | 0 | | | | | 6 | 1 | 106 | 37 | 25 | 8 | 9 | 5 |
| 119 | DORSALGIA | 20 | 137 | 0 | | | | | 2 | 5 | 54 | 31 | 17 | 11 | 8 | 9 |
| 103 | DOLOR PELVICO Y PERINAL | 21 | 129 | 0 | | | | | 8 | | 99 | 2 | 10 | 1 | 8 | 1 |
| 121 | CARIES DENTAL | 22 | 95 | 0 | | | 1 | 3 | 11 | 10 | 46 | 15 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| 102 | ANEMIAS POR DEFICIENCIAS DE HIERRO | 23 | 92 | 0 | 4 | 5 | 5 | 6 | 14 | 20 | 28 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 |
| 125 | CELULITIS | 24 | 84 | 0 | 1 | 3 | 9 | 7 | 7 | 6 | 11 | 22 | 2 | 6 | 4 | 6 |
| 111 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 25 | 59 | 0 | 6 | 11 | 5 | 8 | 5 | 5 | 7 | 6 | 2 | 2 | 2 | |
| 129 | HERNIA INGUINAL | 26 | 49 | 0 | | | 2 | 5 | 1 | 6 | 4 | 19 | 1 | 3 | 1 | 7 |
| 120 | TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y SU ESTRUCTURA DE SOSTEN | 27 | 42 | 0 | | | | | 7 | 7 | 10 | 12 | | 1 | 1 | 4 |
| 127 | CISTITIS | 28 | 32 | 0 | | | | | 3 | | 21 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|----|--------|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|--|---|---|
| 116 | VARICES | 29 | 8 | 0 | | | | | 4 | | 2 | | 1 | 1 |
| 105 | ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON | 30 | 1 | 0 | | | | | | | | | | 1 |
| | DEMÁS CAUSAS | | 57981 | 78 | 4411 | 7665 | 6502 | 27761 | 5632 | 6010 | | | | |
| | TOTAL POR GRUPOS DE EDAD | | 74700 | 100 | 5589 | 10249 | 9050 | 35454 | 7236 | 7122 | | | | |
| | POBLACION | | 22.435 | | 559 | 2.199 | 5.261 | 10.315 | 2.539 | 1.562 | | | | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1.000 HAB. | | 33296 | | 9998,2 | 4660,8 | 1720,2 | 3437,1 | 2849,9 | 4559,5 | | | | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica-SIS 1

Al analizar las 30 primeras causas de morbilidad por consulta médica y especificándolas por grupos de edad, encontramos que la mayor morbilidad está dada en el grupo de menores de 1 año con una tasa de 2247.3 casos por x 1000; los niños de este grupo de edad en su gran mayoría consultan por: fiebre, enfermedades respiratorias, enfermedad diarreica aguda e infecciones urinarias. La consulta para la atención y supervisión del niño sano es la segunda causa de consulta en ellos. Llama la atención el número de consultas por problemas asmáticos. Por cada ocho consultas femeninas hay diez masculinas (razón 0,8:1).

Tabla 97. Morbilidad Por Consulta Médica según Causas en Menores de 1 Año de Edad, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|-----|-----|-------|
| 114 | FIEBRE | 186 | 206 | 392 |
| 115 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS | 10 | 20 | 30 |
| 104 | ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | | | 0 |
| 108 | ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES | 126 | 142 | 268 |
| 101 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 82 | 117 | 199 |
| 109 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 16 | 16 | 32 |
| 112 | ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA | 4 | | 4 |
| 107 | ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 31 | 37 | 68 |
| 130 | HELMINTIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL | 9 | 14 | 23 |
| 126 | ABSCESO CUTANEO - FURUNCULO Y ANTRAX | 7 | 7 | 14 |
| 128 | GASTRITIS Y DUODENITIS | 7 | 3 | 10 |
| 106 | DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | 21 | 22 | 43 |
| 118 | DERMATITIS | 13 | 22 | 35 |
| 123 | PIODERMA | 18 | 12 | 30 |
| 102 | ANEMIAS POR DEFICIENCIAS DE HIERRO | 4 | 5 | 9 |
| 125 | CELULITIS | 1 | 3 | 4 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|-----|---|----------|-----|------|
| 111 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 6 | 11 | 17 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 4411 |
| | TOTAL POR GÉNERO | 541 | 637 | 5589 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | 0,84:1,0 | | |
| | POBLACION MENOR DE 1 AÑO | 559 | | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1.000 HAB. MENORES DE 1 AÑO | 9998,2 | | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1

El grupo de 1 a 4 años consulta por fiebre no especificada, enfermedades respiratorias, diarrea y gastroenteritis. La consulta para la atención y supervisión del niño sano es la 2 causa de consulta en ellos. Sigue interesando en este grupo los estados asmáticos. La morbilidad en este grupo es de 810 consultas por cada 1000 niños. Por cada nueve consultas femeninas hay diez masculinas (razón 0,9:1).

Tabla 98. Morbilidad Por Consulta Médica Según Causas En Menores De 1-4 Años De Edad, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|----------|------|-------|
| 114 | FIEBRE | 446 | 487 | 933 |
| 115 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS | 27 | 39 | 66 |
| 108 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES | 222 | 240 | 462 |
| 101 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 167 | 211 | 378 |
| 109 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 46 | 12 | 58 |
| 112 | ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA | 14 | | 14 |
| 107 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 48 | 58 | 106 |
| 130 | HELMINTIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL | 57 | 57 | 114 |
| 126 | ABSCESO CUTANEO - FURUNCULO Y ANTRAX | 26 | 29 | 55 |
| 128 | GASTRITIS Y DUODENITIS | 16 | 10 | 26 |
| 106 | DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | 62 | 48 | 110 |
| 118 | DERMATITIS | 41 | 32 | 73 |
| 123 | PIODERMA | 65 | 66 | 131 |
| 117 | ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES | 4 | 3 | 7 |
| 121 | CARIES DENTAL | 1 | 3 | 4 |
| 102 | ANEMIAS POR DEFICIENCIAS DE HIERRO | 5 | 6 | 11 |
| 125 | CELULITIS | 9 | 7 | 16 |
| 111 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 5 | 8 | 13 |
| 129 | HERNIA INGUINAL | 2 | 5 | 7 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 7665 |
| | TOTAL POR GÉNERO | 1263 | 1321 | 10249 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | 0,96:1,0 | | |
| | POBLACION DE 1-4 AÑOS | 2.199 | | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1.000 HAB. DE 1-4 A.ÑOS | 4660,8 | | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En los niños de 5 a 14 años la morbilidad es de 276 consultas por cada 1000 niños; la fiebre no especificada es la primera causa de consulta, seguida por la cefalea, dolores abdominales, diarrea, infecciones respiratorias. Los estados asmáticos se ubican en este grupo en el séptimo puesto. El examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia es la novena causa de consulta. Por cada consulta femenina hay una masculina (razón 1:1).

Tabla 99. Morbilidad Por Consulta Médica según Causas En Grupo 5-14 Años De Edad, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|------|----------|-------|
| 114 | FIEBRE | 384 | 567 | 951 |
| 115 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS | 226 | 155 | 381 |
| 108 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES | 178 | 192 | 370 |
| 124 | LUMBAGO | 11 | 5 | 16 |
| 109 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 57 | 36 | 93 |
| 112 | ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA | 17 | | 17 |
| 107 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 23 | 39 | 62 |
| 130 | HELMINTIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL | 86 | 82 | 168 |
| 126 | ABSCESO CUTANEO - FURUNCULO Y ANTRAX | 28 | 42 | 70 |
| 128 | GASTRITIS Y DUODENITIS | 16 | 9 | 25 |
| 106 | DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | 58 | 39 | 97 |
| 118 | DERMATITIS | 36 | 29 | 65 |
| 131 | DOLOR EN ARTICULACION | 7 | 7 | 14 |
| 123 | PIODERMA | 26 | 36 | 62 |
| 117 | ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES | 17 | 16 | 33 |
| 113 | CEFALEA | 6 | 1 | 7 |
| 119 | DORSALGIA | 2 | 5 | 7 |
| 103 | DOLOR PELVICO Y PERINAL | 8 | | 8 |
| 121 | CARIES DENTAL | 11 | 10 | 21 |
| 102 | ANEMIAS POR DEFICIENCIAS DE HIERRO | 14 | 20 | 34 |
| 125 | CELULITIS | 7 | 6 | 13 |
| 111 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 5 | 5 | 10 |
| 129 | HERNIA INGUINAL | 1 | 6 | 7 |
| 120 | TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y SU ESTRUCTURA DE SOSTEN | 7 | 7 | 14 |
| 127 | CISTITIS | 3 | | 3 |
| | DEMAS CAUSAS | | | 6502 |
| | TOTAL POR GENERO | 1234 | 1314 | 9050 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | | 1,06:1,0 | |
| | POBLACION DE 5-14 AÑOS | | 5.261 | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1.000 HAB. DE 5-14 AÑOS | | 1720,2 | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Las mujeres de 15 a 44 años consultan por fiebre no especificada, lumbago, cefalea, estado migrañoso, dolores abdominales, diarrea, infecciones de vías urinarias, supervisión de embarazos, consejo y asesoramiento para anticoncepción, llamando la atención en este grupo las consultas femeninas por creer estar enfermas y los exámenes médicos generales. Los hombres consultan por fiebre, dolores abdominales no especificados, lumbago e infecciones urinarias, pero comparativamente, sobresale la consulta en ellos debido a diarrea. La tasa general de morbilidad es de 451 consultas por cada 1000 habitantes de este grupo. Por cada consulta femenina hay una masculina (razón 1:1).

Tabla 100. Morbilidad por Consulta Médica Según Causas en Grupo 15-44 Años de Edad, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|------|----------|-------|
| 114 | FIEBRE | 487 | 701 | 1188 |
| 115 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS | 1417 | 615 | 2032 |
| 104 | ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 106 | 61 | 167 |
| 108 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES | 281 | 156 | 437 |
| 101 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 219 | 356 | 575 |
| 124 | LUMBAGO | 336 | 380 | 716 |
| 109 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 421 | 102 | 523 |
| 112 | ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA | 488 | | 488 |
| 107 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 105 | 46 | 151 |
| 130 | HELMINTIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL | 48 | 26 | 74 |
| 126 | ABSCESO CUTANEO - FURUNCULO Y ANTRAX | 80 | 125 | 205 |
| 128 | GASTRITIS Y DUODENITIS | 163 | 75 | 238 |
| 106 | DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | 42 | 6 | 48 |
| 118 | DERMATITIS | 52 | 22 | 74 |
| 131 | DOLOR EN ARTICULACION | 86 | 39 | 125 |
| 123 | PIODERMA | 10 | 6 | 16 |
| 117 | ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES | 66 | 34 | 100 |
| 113 | CEFALEA | 106 | 37 | 143 |
| 119 | DORSALGIA | 54 | 31 | 85 |
| 103 | DOLOR PELVICO Y PERINAL | 99 | 2 | 101 |
| 121 | CARIES DENTAL | 46 | 15 | 61 |
| 102 | ANEMIAS POR DEFICIENCIAS DE HIERRO | 28 | 1 | 29 |
| 125 | CELULITIS | 11 | 22 | 33 |
| 111 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 7 | 6 | 13 |
| 129 | HERNIA INGUINAL | 4 | 19 | 23 |
| 120 | TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y SU ESTRUCTURA DE SOSTEN | 10 | 12 | 22 |
| 127 | CISTITIS | 21 | 1 | 22 |
| 116 | VARICES | 4 | | 4 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 27761 |
| | TOTAL POR GENERO | 4797 | 2896 | 35454 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | | 1,65:1,0 | |
| | POBLACION DE 15-44 AÑOS | | 10.315 | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1000 HAB. DE 15-44 AÑOS | | 3437,1 | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El grupo de 45 a 59 años y el de mayores de 60 años, las causas de consulta son las mismas, siendo la hipertensión esencial, el lumbago, la fiebre, la diarrea, los dolores abdominales no especificados, las infecciones urinarias y respiratorias, las primeras causas de consulta. Por cada nueve consultas femeninas hay diez masculinas (razón 0,9:1).

Tabla 101. Morbilidad por Consulta Médica Según Causas en Grupo 45-59 Años de Edad, La Jagua de Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|------|---------|-------|
| 114 | FIEBRE | 62 | 102 | 164 |
| 115 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS | 200 | 108 | 308 |
| 104 | ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 181 | 58 | 239 |
| 108 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES | 55 | 29 | 84 |
| 101 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 44 | 65 | 109 |
| 124 | LUMBAGO | 103 | 88 | 191 |
| 109 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 90 | 17 | 107 |
| 112 | ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA | 60 | | 60 |
| 107 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 26 | 24 | 50 |
| 130 | HELMINTIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL | 13 | 5 | 18 |
| 126 | ABSCESO CUTANEO - FURUNCULO Y ANTRAX | 17 | 19 | 36 |
| 128 | GASTRITIS Y DUODENITIS | 23 | 16 | 39 |
| 118 | DERMATITIS | 12 | 9 | 21 |
| 131 | DOLOR EN ARTICULACION | 38 | 17 | 55 |
| 123 | PIODERMA | 2 | | 2 |
| 117 | ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES | 5 | 8 | 13 |
| 113 | CEFALEA | 25 | 8 | 33 |
| 119 | DORSALGIA | 17 | 11 | 28 |
| 103 | DOLOR PELVICO Y PERINAL | 10 | 1 | 11 |
| 121 | CARIES DENTAL | 4 | 3 | 7 |
| 102 | ANEMIAS POR DEFICIENCIAS DE HIERRO | 4 | 1 | 5 |
| 125 | CELULITIS | 2 | 6 | 8 |
| 111 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 2 | 2 | 4 |
| 129 | HERNIA INGUINAL | 1 | 3 | 4 |
| 120 | TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y SU ESTRUCTURA DE SOSTEN | | 1 | 1 |
| 127 | CISTITIS | 4 | 1 | 5 |
| 116 | VARICES | 2 | | 2 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 5632 |
| | TOTAL POR GENERO | 1002 | 602 | 7236 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | | 1,7:1,0 | |
| | POBLACION DE 45-59 AÑOS | | 2.539 | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1000 HAB. DE 45-59 AÑOS | | 2849,9 | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 102. Morbilidad por Consulta Médica Según Causas en Grupo de 60 y Más Años, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|---|--|---------|-----|-------|
| 114 | FIEBRE | 28 | 29 | 57 |
| 115 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS | 95 | 67 | 162 |
| 104 | ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS | 202 | 129 | 331 |
| 108 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES | 40 | 26 | 66 |
| 101 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 39 | 24 | 63 |
| 124 | LUMBAGO | 31 | 46 | 77 |
| 109 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 55 | 53 | 108 |
| 112 | ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA | 5 | | 5 |
| 107 | ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 30 | 21 | 51 |
| 130 | HELMINTIASIS Y PARASITOSIS INTESTINAL | 9 | 3 | 12 |
| 126 | ABSCESO CUTANEO - FURUNCULO Y ANTRAX | 10 | 9 | 19 |
| 128 | GASTRITIS Y DUODENITIS | 17 | 16 | 33 |
| 106 | DEFICIENCIAS NUTRICIONALES | 2 | 1 | 3 |
| 118 | DERMATITIS | 4 | 4 | 8 |
| 131 | DOLOR EN ARTICULACION | 16 | 20 | 36 |
| 123 | PIODERMA | 2 | 1 | 3 |
| 117 | ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES | 1 | 1 | 2 |
| 113 | CEFALEA | 9 | 5 | 14 |
| 119 | DORSALGIA | 8 | 9 | 17 |
| 103 | DOLOR PELVICO Y PERINAL | 8 | 1 | 9 |
| 121 | CARIES DENTAL | 1 | 1 | 2 |
| 102 | ANEMIAS POR DEFICIENCIAS DE HIERRO | 1 | 3 | 4 |
| 125 | CELULITIS | 4 | 6 | 10 |
| 111 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 2 | | 2 |
| 129 | HERNIA INGUINAL | 1 | 7 | 8 |
| 120 | TRASTORNOS DE LOS DIENTES Y SU ESTRUCTURA DE SOSTEN | 1 | 4 | 5 |
| 127 | CISTITIS | 1 | 1 | 2 |
| 116 | VARICES | 1 | 1 | 2 |
| 105 | ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON | | 1 | 1 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 6010 |
| TOTAL POR GENERO | | 623 | 489 | 7122 |
| RELACION FEMENINO/MASCULINO | | 1,3:1,0 | | |
| POBLACION DE MAS DE 60 AÑOS | | 1.562 | | |
| MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1000 HAB. DE MAS DE 60 AÑOS | | 4559,5 | | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



La tasa de morbilidad de acuerdo a los pacientes hospitalizados y sus respectivos egresos en el año 2009 fue de 13,7 x 1000. Las primeras veinte consultas las encabezan los partos vaginales, seguidos por las infecciones respiratorias, infecciones de vías urinarias, abscesos, celulitis, dengue, entre otras.

Al analizar las 20 primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario y especificándolas por grupos de edad, encontramos que la mayor morbilidad está dada en el grupo de menores de 1 año con una tasa de 72,4 casos por x 1000; los niños de este grupo de edad en su gran mayoría fueron hospitalizados por consultan por infecciones respiratorias y abscesos cutáneos. La consulta para la atención y supervisión del niño sano es la segunda causa de consulta en ellos. Llama la atención el número de consultas por problemas asmáticos. Por cada ocho consultas femeninas hay diez masculinas (razón 0,8:1).

Tabla 103. Primeras 20 Causas de Morbilidad por Egreso Hospitalario, Según Grupos de Edad, Hospital Jorge Isaac Rincon Torres, La Jagua de Ibirico, Año 2010

| COD | CAUSAS | TODAS LAS EDADES | | | < 1 AÑO | | 1 - 4 AÑOS | | 5 - 14 AÑOS | | 15 - 44 AÑOS | | 45 - 59 AÑOS | | 60 Y MAS AÑOS | |
|------|--|------------------|-------|----|---------|---|------------|----|-------------|---|--------------|---|--------------|---|---------------|---|
| | | Orden | Casos | % | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| J180 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 1 | 65 | 10 | 1 | 9 | 11 | 28 | 6 | 2 | 3 | 4 | | | 1 | |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 2 | 43 | 7 | 3 | 2 | 7 | | 2 | | 14 | 4 | 6 | 1 | 3 | 1 |
| L029 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO | 3 | 23 | 4 | | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 4 | | 1 | 1 | 2 |
| L028 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS | 4 | 25 | 4 | 9 | | | | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 | | | |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | 5 | 18 | 3 | | 2 | | 1 | 2 | | 2 | 4 | | 7 | | |
| J189 | NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 6 | 21 | 3 | | 6 | 5 | | | 2 | 2 | 2 | | 2 | 2 | |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN | 7 | 20 | 3 | | 3 | 9 | 2 | | 5 | 1 | | | | | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



El grupo de menores de 1 año se hospitalizan por infecciones respiratorias (bronconeumonía, neumonía, bronquitis y bronquiolitis), infecciones urinarias, abscesos y celulitis, fiebre no especificada, diarrea y gastroenteritis. La morbilidad en este grupo es de 72,4 hospitalizaciones por cada 1000 niños. Por cada seis hospitalizaciones femeninas hay diez masculinas (razón 0,6:1).

Tabla 104. Morbilidad por Egreso Hospitalario Según Causas en Menores de 1 Año, La Jagua De Ibirico, Año 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|----|----|---------|
| J180 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 1 | 9 | 10 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 3 | 2 | 5 |
| L029 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO | | 3 | 3 |
| L028 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS | 9 | | 9 |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | | 2 | 2 |
| J189 | NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | | 6 | 6 |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | | 3 | 3 |
| A080 | ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS | | 1 | 1 |
| J22X | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 1 | 6 | 7 |
| R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | | 1 | 1 |
| J960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | | 1 | 1 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 11 |
| | TOTAL POR GENERO | 14 | 34 | 59 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | | | 0,4:1,0 |
| | POBLACION MENOR DE 1 AÑO | | | 559 |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1.000 HAB. MENORES DE 1 AÑO | | | 105,5 |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1

El grupo de 1 a 4 años se hospitalizan por infecciones respiratorias (bronconeumonía, neumonía, bronquitis y bronquiolitis), infecciones urinarias, abscesos y celulitis, diarrea, gastroenteritis y fiebre no especificada. La morbilidad en este grupo es de 19,4 hospitalizaciones por cada 1000 niños. Por cada ocho hospitalizaciones femeninas hay diez masculinas (razón 0,6:1).



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 105. Morbilidad por Egreso Hospitalario Según Causas en Menores de 1-4 Años, La Jagua de Ibirico, Año 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|---|---|----------|----|-------|
| J180 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 11 | 28 | 39 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 7 | | 7 |
| L029 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO | 2 | 4 | 6 |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | | 1 | 1 |
| J189 | NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 5 | | 5 |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 9 | 2 | 11 |
| A080 | ENTERITIS DEBIDA A ROTAVIRUS | 3 | 2 | 5 |
| J42X | BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA | 1 | 3 | 4 |
| J22X | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | | 1 | 1 |
| R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 1 | | 1 |
| J069 | INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA | 4 | | 4 |
| J960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | 2 | 2 | 4 |
| J459 | ASMA, NO ESPECIFICADA | | 4 | 4 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 10 |
| TOTAL POR GENERO | | 45 | 47 | 102 |
| RELACION FEMENINO/MASCULINO | | 0,96:1,0 | | |
| POBLACION DE 1-4 AÑOS | | 2.199 | | |
| MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1.000 HAB. DE 1-4 A.ÑOS | | 46,4 | | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1

En los niños de 5 a 14 años la morbilidad es de 3,4 hospitalizaciones por cada 1000 niños; las bronconeumonías son la primera causa de hospitalización, seguida por dengue, infección de vías urinarias y abscesos. Por cada doce hospitalizaciones femeninas hay diez masculinas (razón 1,25:1).

Tabla 106. Morbilidad por Egreso Hospitalario Según Causas en el Grupo de 5-14 Años, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|---|---|-------|
| J180 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 6 | 2 | 8 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 2 | | 2 |
| L029 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO | 2 | 1 | 3 |
| L028 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS | 1 | 3 | 4 |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | 2 | | 2 |
| J189 | NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | | 2 | 2 |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | | 5 | 5 |
| N110 | PIELONEFRITIS CRONICA NO OBSTRUCTIVA ASOCIADA CON REFLUJO | 1 | | 1 |
| J36X | ABSCESO PERIAMIGDALINO | 1 | 1 | 2 |
| J22X | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | | 1 | 1 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|------|---|----------|----|----|
| J459 | ASMA, NO ESPECIFICADA | 3 | | 3 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 14 |
| | TOTAL POR GÉNERO | 18 | 15 | 47 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | 1,06:1,0 | | |
| | POBLACION DE 5-14 AÑOS | 5.261 | | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1.000 HAB. DE 5-14 AÑOS | 8,9 | | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1

Tabla 107. Morbilidad Por Egreso Hospitalario Según Causas En El Grupo De 15-44 Años, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|---------|----|-------|
| J180 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 3 | 4 | 7 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 14 | 4 | 18 |
| L029 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO | 3 | 4 | 7 |
| L028 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS | 5 | 5 | 10 |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | 2 | 4 | 6 |
| J189 | NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 2 | 2 | 4 |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 1 | | 1 |
| N110 | PIELONEFRITIS CRONICA NO OBSTRUCTIVA ASOCIADA CON REFLUJO | 10 | 2 | 12 |
| O233 | INFECCION DE OTRAS PARTES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO | 11 | | 11 |
| A90X | FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO] | 2 | 1 | 3 |
| J36X | ABSCESO PERIAMIGDALINO | 6 | 1 | 7 |
| O234 | INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO | 11 | | 11 |
| R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 2 | 1 | 3 |
| N738 | OTRAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS PELVICAS FEMENINAS | 4 | | 4 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 256 |
| | TOTAL POR GÉNERO | 76 | 28 | 360 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | 2,7:1,0 | | |
| | POBLACION DE 15-44 AÑOS | 10.315 | | |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1000 HAB. DE 15-44 AÑOS | 34,9 | | |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1

En el grupo de 15-44 años, la morbilidad es de 1,8 hospitalizaciones por cada 1000 personas de este grupo de edad. Las patologías femeninas tienen una mayor proporción, siendo esta de 85,5% y la relación con las patologías masculinas es de 6 consultas femeninas por cada consulta masculina. Dentro de las consultas femeninas, el parto y las infecciones de vías urinarias durante el embarazo constituyen las más frecuentes. En los hombres las consultas más frecuentes son las bronconeumonías y las celulitis.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En el grupo de 45-59 años, la morbilidad es de 4,5 hospitalizaciones por cada 1000 personas de este grupo de edad. Las patologías femeninas tienen una mayor proporción, siendo esta de 91% y la relación con las patologías masculinas es de 10 consultas femeninas por cada consulta masculina. Dentro de las consultas femeninas, las infecciones de vías urinarias y las bronconeumonías constituyen las más frecuentes. En los hombres la única consulta se dio por infección de vías urinarias.

Tabla 108. Morbilidad Por Egreso Hospitalario Segun Causas En El Grupo De 45-59 Años, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|----|----|---------|
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 6 | 1 | 7 |
| L029 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO | | 1 | 1 |
| L028 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS | 2 | | 2 |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | | 7 | 7 |
| J189 | NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | | 2 | 2 |
| J22X | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 2 | | 2 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 8 |
| | TOTAL POR GENERO | 10 | 11 | 29 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | | | 1,0:1,0 |
| | POBLACION DE 45-59 AÑOS | | | 2.539 |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1000 HAB. DE 45-59 AÑOS | | | 11,4 |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1

En el grupo de 60 y más años, la morbilidad es de 3,3 hospitalizaciones por cada 1000 personas de este grupo de edad. Las patologías masculinas tienen una mayor proporción, siendo esta de 80% y la relación con las patologías masculinas es de 1 consulta femenina por cada 4 consultas masculinas. Dentro de las consultas masculinas, los abscesos, infecciones de vías urinarias y la fiebre no especificada constituyen los motivos de consulta. En las mujeres la única consulta se dio por celulitis.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 43. Morbilidad Por Egreso Hospitalario Segun Causas En El Grupo De 60 Y Mas Años, La Jagua De Ibirico, 2010

| CODIGO | CAUSA | F | M | TOTAL |
|--------|--|----|----|---------|
| J180 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 1 | | 1 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 3 | 1 | 4 |
| L029 | ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE SITIO NO ESPECIFICADO | 1 | 2 | 3 |
| J189 | NEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 2 | | 2 |
| N110 | PIELONEFRITIS CRONICA NO OBSTRUCTIVA ASOCIADA CON REFLUJO | 1 | | 1 |
| J440 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 2 | 11 | 13 |
| J22X | INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 1 | | 1 |
| J069 | INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA | 1 | | 1 |
| | DEMÁS CAUSAS | | | 17 |
| | TOTAL POR GENERO | 12 | 14 | 43 |
| | RELACION FEMENINO/MASCULINO | | | 0,9:1,0 |
| | POBLACION DE MAS DE 60 AÑOS | | | 1.562 |
| | MORBILIDAD GENERAL TASA POR 1000 HAB. DE MAS DE 60 AÑOS | | | 27,5 |

Fuente: Universo de la Consulta Médica SIS-1



RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD



2.14. RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD.

2.14.1. Diagnostico Eje Prestación de Servicios. Su finalidad es realizar un análisis del potencial de respuesta y la calidad de los servicios de salud prestados por las instituciones de Salud Pública y Privadas que existen en el Municipio de La Jagua De Ibirico. El municipio cuenta solo con un Hospital Público y el cubrimiento hacia las veredas los hace a través de promotoras de salud contratadas a través del mismo hospital.

El Hospital del municipio inicia su proceso evolutivo en el año 1967 como puesto de Salud, el 10 de Septiembre de 1994 fue creado y reglamentado como centro materno infantil y el 8 de siembre de 1995 fue trasformado como Empresa Social del Estado, mediante acuerdo municipal No 008.

La ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres es un empresa sin ánimo de lucro que ofrece servicios médicos del Primer nivel de complejidad con algunos actividades acreditadas de de segundo nivel.

2.14.2. Aspecto Organizacional ESE Hospital Jorge Isaac Rincon Torres

2.14.2.1. Talento Humano de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres. La prestación de servicios de salud en el primer nivel la ofrece la Empresa Social del Estado Jorge Isaac Rincón, entidad que se ha fortalecido a partir del proceso de descentralización, en su portafolio de servicios se puede observar que ofertan sus servicios a través del siguiente talento humano.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



2.14.2.2. Administrativo.

Cuadro 20. Talento Humano Administrativo De La ESE Municipal

| TALENTO HUMANO | No | TALENTO HUMANO | No |
|---------------------------|----|--------------------------|----|
| Gerente | 1 | Sud Dirección Científica | 1 |
| Asistencia Administrativa | 1 | Secretaria Gerencia | 1 |
| Jefe de Presupuesto | 1 | Contaduría | 1 |
| Auxiliar de presupuesto | 1 | Auxiliar de contaduría | 1 |
| Jefe de sistemas | 1 | Asesor jurídico | 1 |
| Estadística | 1 | | |

FUENTE: ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres 2012

2.14.2.3. Operativo

Cuadro21. Talento Humano Operativo De La ESE Municipal

| TALENTO HUMANO | No | TALENTO HUMANO | No |
|--------------------------|----|------------------------|----|
| Servicios Generales | 8 | Conductores | 4 |
| Mensajero | 1 | ingeniera de sistemas | 1 |
| Auxiliares de Enfermería | 13 | Enfermeras Jefe | 4 |
| Coordinador de programas | 2 | Facturadores | 5 |
| Auxiliar de farmacia | 1 | Auditora | 1 |
| Médicos | 17 | odontólogos | 3 |
| Auxiliar de odontología | 2 | Higienistas Orales | 2 |
| Bacteriólogos | 3 | Terapista Respiratorio | 1 |
| Nutricionistas | 1 | Técnico en Rayos X | 1 |
| Trabajo Social | 1 | estadística | 1 |

FUENTE: ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres 2012



2.14.2.4. Coordinadores

Cuadro 22. Talento Humano Coordinadores De La ESE Municipal

| TALENTO HUMANO | No | TALENTO HUMANO | No |
|----------------------------------|----|-----------------------|----|
| Coordinador Medico | 1 | Coordinador de P y P | 1 |
| Coordinador PAI – PAB | 1 | Coordinador Urgencias | 1 |
| Coordinador programas Especiales | 1 | Coordinador de PAMI | 1 |

FUENTE: ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres 2012

2.14.3. Servicios Prestados por Procedimientos en La ESE.

2.14.3.1. Consulta Externa

2.14.3.1.1. Medicina General

- Control prenatal
- Lactancia materna
- Programa de crecimiento y desarrollo
- Programa PAI
- Programa de Planificación Familiar
- Programa de Hipertensión y Diabetes
- Programa del Adolescente
- Programa medico especiales (Hansen, TBC, Leishmaniasis)

2.14.3.1.2. Odontología General

- Obturaciones con resina de fotocurado y amalgama de plata.
- Extracciones dentales sencillas y / quirúrgicas.
- Curetaje y alisado radicular.
- Endodoncia (biopulpectomias necropulpectomias).
- Odontopediatría (pulpectomias, sellantes de fosas y fisura).
- Acciones preventivas como:
 - ✓ Examen clínico odontológico



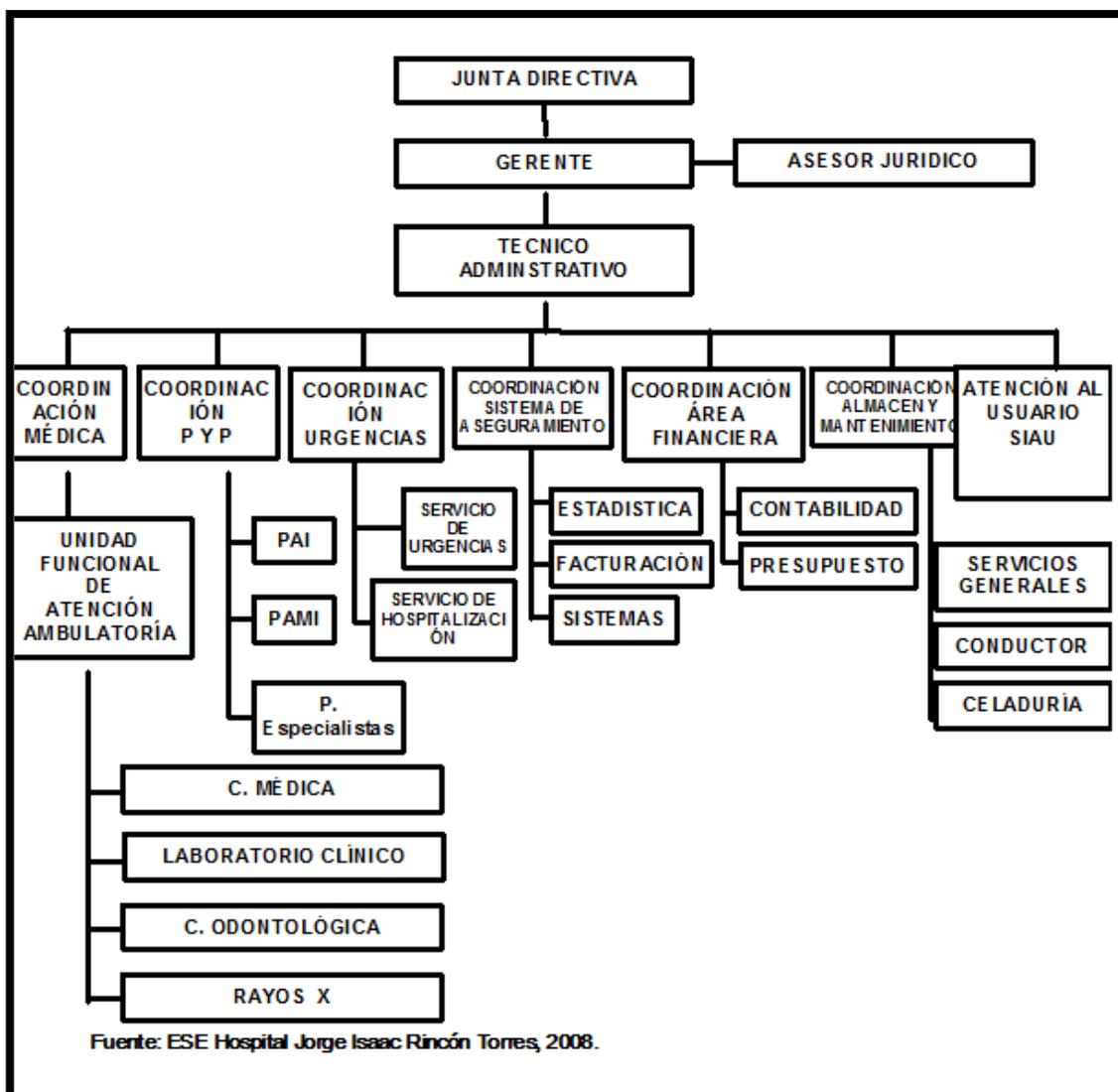
PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- ✓ Control de placas
- ✓ Detartrajes supragingival.
- ✓ Sellantes de fosas y fisuras
- ✓ Topificaciones con fluor
- ✓ Profilaxis final

2.14.3.1.3. Estructura Orgánica de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres.

Grafica 77. Organigrama ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres





PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Se observa que el organigrama institucional no se enmarca dentro de las especificaciones del decreto 1876 de 1994 para la conformación organizacional de las ESE, además se presentan errores dentro de la constitución organizativa del organigrama al colocar la asesoría jurídica al mismo nivel de la Gerencia y un Técnico Administrativo que supervisa y tiene mayor jerarquía que todas las demás áreas sin que quede claro la existencia de un departamento o área de administración, por lo tanto se concluye que no hay una claridad del flujo de los procesos y procedimientos a través de las diferentes unidades funcionales que componen la ESE, en la prestación de los servicios de salud.

2.14.4. Estructura Orgánica de la Dirección Territorial de Salud Municipal. La secretaria de salud Municipal se encuentra dentro del Organigrama de la Alcaldía municipal como una de sus unidades funcionales, sin embargo, en la dependencia no reposa documentación pertinente sobre la organización a su interior, lo cual genera dudas sobre la efectividad de los procesos y procedimientos que en ella se ejecutan, esta situación coyuntural es una oportunidad valiosa para actualizarla, agilizarla y modernizarla.

La dirección territorial de salud cuenta con tres funcionarios, de los cuales el jefe del despacho (secretario de salud) y un profesional universitario pertenecen al plan de cargos y una secretaria de oficina que se encuentra vinculada mediante contrato de prestación de servicios.

ASIGNACION PRESUPUESTAL EN SALUD Y FUENTES DE FINANCIACION.
Ver capítulo 4.



CAPITULO III PARTE ESTRATEGICA DEL PLAN



2. PARTE ESTRATEGICA DEL PLAN

3.7. VISIÓN²⁵

El Municipio de La Jagua de Ibirico para el año 2015/2021 debe entregar un municipio saludable, con una ***cobertura universal del régimen subsidiado***, una ESE fortificada que preste servicios de salud eficiente y eficaz con calidad humana, logrando bajar los índices de morbi-mortalidad. ***Durante el próximo cuatrienio se realizara reducción de las muertes prevenibles*** y las epidemias normales de EDA e IRA deben reducirse en por lo menos un 50%, debe buscarse un cubrimiento de todas las maternas deben estar dentro del programa control prenatal, impidiendo que se desarrollen complicaciones en el parto; como también deberán reducirse notablemente los casos de mortalidad a causa de enfermedades cardiovasculares.

Para el año 2015 el municipio de La Jagua de Ibirico habrá dado solución a los problemas de salud, reduciendo los más apremiantes de acuerdo a las estrategias de priorización como zona de salida y así salvar la crisis existente, en especial de los habitantes de la zona rural, quienes son las más afectados en el municipio. En el año 2021 se debe entregar un municipio saludable, con una ***cobertura universal del régimen subsidiado***, una ESE fortificada que preste servicios de salud eficiente y eficaz con calidad humana, logrando bajar los índices de morbi mortalidad y en algunos casos la desaparición total de vectores causantes de enfermedades.

²⁵ Resolución 425 de 2008. Art. 3



3.8. MISION

En la perspectiva de la ejecución del Plan de Salud 2012 - 2015 y del Plan Decenal de Salud Pública 2012/2021 del municipio de la Jagua de Ibirico, en cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, orienta la totalidad de sus acciones al logro del cometido institucional, “Lograr el bienestar Social de la Comunidad”, mediante la planificación y ejecución para el Desarrollo Económico, social y ambiental de su territorio propiciando del Participación ciudadana con incidencia efectiva en la toma de decisiones y garantizando la prestación eficiente de servicios sociales, en especial los de salud y con especial énfasis de la estrategia de Atención Primaria en Salud, constituida por tres componentes como la transectorialidad/ intersectorialidad y participación comunitaria en los servicios de Salud, Redes integradas de Servicios de Salud y los equipos básicos, con una dirección local de Salud (Secretaría Salud Municipal) y un sector descentralizado en Salud con una fortificada ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres que preste servicios de salud eficiente y eficaz con calidad humana, logrando bajar los índices de morbi mortalidad.²⁶

3.9. PROPOSITO

El Plan de Salud Municipal de La Jagua de Ibirico, tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población Jaguera, para lograr en el mediano y largo plazo (Plan Decenal de Salud Pública 2012/2021) 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 (rurales / urbanas) territoriales en salud.

²⁶ El tema de Salud: Si bien es cierto, se aumentó la cobertura a los del régimen subsidiado, el Hospital continúa sin satisfacer las necesidades y las expectativas de la Comunidad, de verlo posicionado regionalmente y ofreciendo servicios de nivel I pero con mediana complejidad. Hay problemáticas en el sector que toca abordar con programas de choque, para las ERA, EDA, Enfermedades Inmuno prevenible, VIH, Cáncer, entre otras.



3.4 PRIORIDADES

De acuerdo con la situación de salud del municipio de la Jagua de Ibirico las prioridades quedaron de la siguiente manera:

1. Mejorar la salud infantil
2. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental
3. Mejorar la salud sexual y reproductiva
4. Disminuir las enfermedades crónicas no trasmisibles y las discapacidades
5. Mejorar la situación nutricional.
6. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis
7. Mejorar la salud oral
8. Mejorar la salud mental
9. Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral
10. Promover la gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan Nacional de Salud Publica.

3.5 OBJETIVO GENERAL

Asegurar la cobertura de salud a toda la población del Municipio de la Jagua de Ibirico 2012/2015 a través de la prestación de servicio de Salud con estándares de eficiencia eficacia y oportunidad especialmente en la población de área rural, fortaleciendo las acciones de promoción de la salud prevención y detección temprana de las enfermedades de interés en Salud pública y patologías de origen laboral, de competencia en el ente territorial, con la implementación de políticas sociales dirigidas a buscar la atención integral, desarrollo social de la población pobre y vulnerable, articular con las diferentes instituciones los planes intersectoriales para atención de emergencias, desastres y fortalecimiento del CLOPAD Municipal.



3.6. OBJETIVOS ESPECIFICOS PRIORIZADOS POR EJES Y AREAS SUBPROGRAMATICA

3.6.1. Aseguramiento.

- ◆ Priorizar y utilizar eficientemente los cupos del régimen subsidiado, usando como herramienta el uso de software y bases de datos.
- ◆ Impulsar eficiente y eficazmente el aseguramiento de la población.
- ◆ Reducir las duplicidades en las bases de datos del régimen subsidiado.
- ◆ Optimizar los procesos de afiliación con eficiencia y calidad, a través de la capacitación y formación continua del recurso humano.
- ◆ Acortar el proceso de elaboración de los contratos del régimen subsidiado, para que de esta manera el servicio sea oportuno y eficaz.
- ◆ Mantener una actualización constante de las bases de datos de los asegurados depurándola o alimentándola según sea el caso permanentemente.
- ◆ Verificar el flujo de los recursos así como el recaudo y pago oportuno entre los diferentes actores del aseguramiento.

Armonizado con POA – POAIS 2012(anexo 3 y 4)

3.6.2. Prestación de servicios

- ◆ Realizar el diagnóstico de la red de prestación de servicios de salud en el municipio teniendo en cuenta accesibilidad, personal a cargo, operatividad, oportunidad y equidad.
- ◆ Mejorar la capacidad instalada del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres, puestos y centros de salud del área urbana y rural respectivamente.
- ◆ Garantizar el acceso a los servicios de salud, especialmente de la población del área rural.
- ◆ Mejorar la red de comunicación entre los centros, puestos de salud y la zona rural del municipio.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- ◆ Mejorar la prestación de servicios de salud en lo relacionado a la atención de los usuarios, en pro de lograr su satisfacción.
- ◆ Reducir los tiempos de espera interconsulta.
- ◆ Educar a la población en relación de los deberes y derechos en los servicios de salud.

Armonizado con POA – POAIS 2012(anexo 3 y 4)

3.6.3. Salud Pública.

- ◆ Implementar estrategias educativas que conlleven a toda la población a llevar un estilo de vida saludable para evitar la presencia de ECNT.
- ◆ Fortalecer las acciones educativas y operativas para el control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores.
- ◆ Aumentar las coberturas de vacunación en la población menor a 5 años.
- ◆ Implementación de las salas ERA en el municipio.
- ◆ Realizar brigadas de salud, que involucren intervenciones de salud oral, salud sexual y salud mental.
- ◆ Asistencia técnica a los manipuladores de plaguicidas para su uso racional y eficiente.
- ◆ Implementar estrategias de educación en medidas higienicosanitarias para la manipulación y preparación de alimentos y generación de entornos saludables.
- ◆ Fortalecer acciones de prevención de los riesgos biológicos, sociales y sanitarios.
- ◆ Implementar jornadas educativas sobre tenencia adecuada de las mascotas, especialmente los caninos.

Armonizado con POA – POAIS 2012(anexo 3 y 4)

3.6.4. Promoción Social

- ◆ Fortalecer y ampliar la cobertura de los diferentes programas de salud a favor de la población vulnerable, con funcionamiento permanente.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- ◆ Ejecución de acciones de promoción y prevención, enfatizadas en la población menos favorecida (población desplazada, población discapacitada, adulto mayor, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescente y joven).

Armonizado con POA – POAIS 2012(anexo 3 y 4)

3.6.5. Prevención, Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales.

- ◆ Promover la afiliación al sistema general de riesgos profesionales de trabajadores independientes y empleadores.
- ◆ Realizar inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales en los ámbitos laborales.
- ◆ Fortalecer con estrategias educativas y correctivas las principales falencias encontradas en salud ocupacional del municipio.

Armonizado con POA – POAIS 2012(anexo 3 y 4)

3.6.6. Emergencias y desastres

- ◆ Fortalecer el funcionamiento del comité local para la prevención y atención de desastres (clopads).
- ◆ Identificar y priorizar las acciones para la prevención de desastres en zonas de alto riesgo.
- ◆ Articular las diferentes instituciones en torno a la respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.
- ◆ Apoyar la red de urgencias del Hospital Jorge Isaac Rincón Torres en situaciones de emergencias.

Armonizado con POA – POAIS 2012(anexo 3 y 4)

3.7. METAS

Las metas a cumplir por el municipio de La Jagua de Ibirico de acuerdo a las prioridades y siguiendo sus líneas bases se mencionan a continuación (Tabla N°109).



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla N° 109. Prioridades Y Metas Según Nacion y Municipio, La Jagua De Ibirico, 2012

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|---------------------------------|---|--|
| <p>1. SALUD INFANTIL</p> | <p>Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE 2004).</p> <p>(Línea base 16,72 por 1000) nacidos vivos 348/20809. Fuente: Diagnostico de salud 2010, Secretaria de Salud Departamental)</p> | <p>Mantener los casos de mortalidad infantil evitable en el grupo de menores de un año (Línea de base: 7,8 por cada 1000 nacidos vivos (4/514 año 2009), Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico.</p> |
| | <p>Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Línea de base: 30,2 por cien mil. Fuente: DANE 2004).</p> <p>(Línea base Departamental 3.7 por 1000) nacidos vivos 416/111.593. Fuente: Secretaria de Salud Departamental.</p> | <p>Reducir los casos de mortalidad infantil evitable en el menor de cinco años por debajo del 3.7 (Línea de Base: 3.05 (9/2945) 2009. Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico.</p> |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|--|
| | Lograr y mantener las coberturas de vacunación por encima del 95%. | Mantener la cobertura de vacunación en un 95% en todos los biológicos en menor de un año (Línea de base: Esquema de vacunación completo en niños menores de un año: 159,9% 2010, Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico. |
|--|--|--|

ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SALUD INFANTIL

Línea Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud infantil y control social de la política nacional de primera infancia y plan nacional de niñez y adolescencia.
- b. Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia- AIEPI.
- c. Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad para la promoción del buen trato al menor y la solución pacífica de conflictos.
- d. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover los derechos en salud de la infancia y estilos de vida saludable.
- e. Promoción de las medidas de protección para la ubicación familiar de los niños y jóvenes con derechos vulnerados.
- f. Abogacía para desarrollar estrategias que promuevan la conformación de entornos favorables a la salud de la infancia y la adolescencia y prevención de



accidentalidad con los sectores competentes y el fondo de prevención vial.

Línea de Política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Promover proteger y apoyar en todos los ámbitos la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida y más.
- b. Garantizar el desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia.
- c. Implementar en todas las Entidades Promotoras de Salud, EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI.
- d. Garantizar el desarrollo de la estrategia de vacunación sin barreras.
- e. Suplementación con vitamina A, “estrategia PAI – plus” en poblaciones de riesgo.
- f. Introducción de nuevos inmunobiológicos al Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, según evaluación de costo efectividad, factibilidad programática y riesgo poblacional.
- g. Implementar en todas las Entidades Promotoras de Salud, EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS estrategias para mejorar la prevención y control de la retinopatía perinatal, la sífilis gestacional y congénita; la detección y control del hipotiroidismo congénito.
- h. Impulsar el desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacido de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con los criterios de calidad requeridos.
- i. Mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto.

Línea de Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- a. Implementar un sistema de vigilancia de las anomalías congénitas con énfasis en rubéola, sífilis y toxoplasmosis, y de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil.
- b. Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de carga de enfermedad y vigilancia de acceso y calidad de atención.
- c. Realizar estudios de costo efectividad, carga de enfermedad y de factibilidad programática para la introducción de nuevas vacunas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- d. Fortalecer la formación continua y específica del recurso humano que se requiere para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud infantil)
- e. e) Implementar la vigilancia multisectorial de maltrato infantil (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, Instituto Nacional de Medicina Legal, comisarías de familia, personerías y policía) para realizar intervenciones con base en la información generada.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|--|---|--|
| 2. MEJORAR LA SITUACION SANITARIA Y AMBIENTAL | Ampliar la cobertura de vigilancia de calidad del agua al 100% de los municipios 4, 5 y 6 (Línea de base: por desarrollar). | Disminuir el IRCA a un nivel de 5, (1-14 Bajo Riego) durante el cuatrienio. Línea Base: IRCA de 72,4% 2010), Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico. |
| | Implementar la política de salud ambiental en las entidades territoriales (Línea de base: por desarrollar). | Implementar el 15% de las acciones y estrategias contempladas en la Política Pública Ambiental en el cuatrienio. Proyecto Plan de Desarrollo 2012 – 2015. |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Implementar un Programa de educación y sensibilización ambiental basados en los Proyectos Ambientales Escolares - PRAES, articulado con los estamentos gubernamentales y no gubernamentales en el municipio en el cuatrienio. Proyecto Plan de Desarrollo 2012 – 2015</p> |
|--|--|--|

ESTRATEGIA PARA MEJORAR SITUACION SANITARIA Y AMBIENTAL

Línea Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Impulsar la conformación de mecanismos de coordinación y articulación local e intersectorial para el seguimiento y evaluación de los planes locales de prevención y control de los factores de riesgo ambiental y desarrollo de la política de salud ambiental.
- b. Promover la formulación de planes de emergencia, prevención y control por parte de las empresas que manejan sustancias químicas peligrosas, incluyendo las rutas de transporte de sustancias.
- c. Implementar y evaluar la estrategia de entornos saludables en espacios educativos, de vivienda y espacios laborales.
- d. Promover acciones permanentes de sensibilización, información a la comunidad para la prevención de accidentes por envenenamiento en el hogar, la prevención de la contaminación de alimentos y la disposición adecuada de residuos sólidos.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- e. Promover procesos de veeduría y control social.
- f. Desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación y movilización social para el manejo alternativo del saneamiento ambiental en las zonas rurales y marginales.

Línea política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Fortalecer los programas de salud ocupacional en pequeñas y medianas empresas a fin de garantizar un ambiente seguro.
- b. Promover al interior de las empresas la adopción de la estrategia de ambientes libres de humo.
- c. Promover las acciones de control sanitario a los riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales.

Línea Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Diseño, desarrollo, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados de la vigilancia sanitaria.
- b. Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente.
- c. Fortalecer los laboratorios de salud pública para el apoyo de la vigilancia sanitaria.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|--|--|---|
| 3. MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | Lograr reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años (Línea de base: 2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo. Fuente: ENDS | Reducir la tasa global de fecundidad por debajo de 2,85 hijos por mujer entre mujeres de 15 a 49 años. (línea Base: 2.85 hijo por mujer |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|---|
| | 2005). | Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico. |
| | <p>Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: Dane 2004).</p> <p>Línea base departamental: 80.87 por cada cien mil nacidos vivos. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2010.</p> | <p>Reducir las Muertes maternas por debajo de de 80.87 por cien mil nacidos vivos.</p> <p>(Línea Base: 194,6 por cien mil nacidos vivos)</p> <p>Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico.</p> |
| | <p>Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Cancerología, INC/DANE 2004).</p> <p>(Línea de base Departamental: 0,41 por cien mil mujeres. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2010.)</p> | <p>Mantener por debajo de, 0,41 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.</p> <p>(Línea Base: 0,41 por cien mil nacidos vivos 2010) Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico.</p> |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|--|
| | <p>Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (Línea de Base: 0,7%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2004).</p> <p>Línea de Base Departamental: 15,8% (153/966.420) año 2010. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2010.)</p> | <p>Reducir por debajo de 4,5 la prevalencia de infección por VIH. (Línea Base: 4,5 por cien mil habitantes Fuente: Diagnostico de salud 2010. La Jagua de Ibirico.</p> |
| <p align="center">ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</p> <p>Línea de Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida</p> <p>a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y control social de la política nacional de salud sexual y reproductiva.</p> <p>b. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.</p> <p>c. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual.</p> <p>d. Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y salud reproductiva.</p> <p>e. Fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios como supermercados,</p> | | |



CADES, taquillas para eventos, entre otros.

f. Realizar abogacía para el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Líneas de Política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

a) Desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva.

b) Garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo.

c) Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo, atención de abuso sexual en servicios de urgencia.

d) Identificación y capacitación por competencias de las alternativas no institucionales para la atención de parto.

e) Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil.

f) Implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.

g) Implementar el modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- h) Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante.
- i) Suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos para reducir la transmisión perinatal del VIH.
- j) Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cervix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Línea Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a) Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de La salud sexual y reproductiva a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de estudios de carga de enfermedad, vigilancia de casos y acceso y calidad de los servicios.
- b) Fortalecer la formación de recursos humanos para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|---|--|---|
| 4. DISMINUIR LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y LAS DISCAPACIDADES | Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004). | Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004). línea base del municipio SIN DATOS. |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|---|
| | <p>Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).</p> <p>Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).</p> | <p>Vincular a 5.000 personas en el acceso a recreación y deporte de la zona urbana en el cuatrienio. (Línea Base 3920 personas que hace deporte. Fuente: proyecto Plan de Desarrollo Municipal 2012- 2015)</p> <p>Vincular a 1.000 personas en el acceso a recreación y deporte de la zona rural en el cuatrienio. Fuente: proyecto Plan de Desarrollo Municipal 2012- 2015)</p> <p>Gestionar 2 programas de articulación con entidades nacionales en el cuatrienio. Fuente: proyecto Plan de Desarrollo Municipal 2012- 2015)</p> <p>Garantizar en un 30% la participación de niños, niñas y jóvenes en escuelas de formación deportivas en el cuatrienio. Fuente: proyecto Plan de Desarrollo Municipal 2012- 2015)</p> |
|--|--|---|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|--|
| | Promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica - ERC (Línea de base: por definir). | Pendiente construir línea base. |
| | Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005). | Pendiente construir línea base. Para estudiar la viabilidad de adelantar actividades de mediana complejidad por parte de la E.S.E municipal. |

ESTRATEGIA PARA MEJORAR DISMINUIR LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y LAS DISCAPACIDADES

Línea Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Fomentar estrategias intersectoriales para mejorar la seguridad vial en áreas rurales y urbanas y el fomento de espacios temporales de recreación como ciclorutas recreativas.
- b. Impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios, laborales.
- c. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, uso racional de medicamentos, y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- d. Promover estrategias de información, educación, comunicación y asesoría para desestimular el hábito de fumar y la cesación del hábito del tabaco en las escuelas de básica primaria, secundaria, universidades y lugares de trabajo.
- e. Difundir, vigilar y regular el cumplimiento de la normativa de rotulado general y nutricional de alimentos para controlar el consumo de sal en alimentos



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- procesados, colesterol y azúcar y promover el consumo de frutas y verduras (etiquetas visibles y otros refuerzos).
- f. Promover la dieta saludable en comedores y restaurantes de las empresas e instituciones de trabajo.
 - g. Realizar abogacía para la reglamentación del convenio marco de lucha antitabáquica, y ajustar la regulación sobre la comercialización y publicidad del tabaco.
 - h. Promover la implementación de las estrategias de Instituciones Educativas, Espacios de Trabajo y Espacios Públicos Libres de Humo de tabaco y de combustibles sólidos, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud - EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP, el sector educativo, trabajo, cultura y deporte y otros sectores.
 - i. Promover acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de los daños en salud visual, auditiva y cognitiva en los espacios educativos, laborales, culturales, deportivos y otros espacios cotidianos.
 - j. Ejercer abogacía para incluir en el Plan Decenal de Educación, programas dirigidos a incrementar el acceso al consumo de alimentos saludables en el ámbito educativo y para sustituir la clase de educación física de conceptos de deportes a clases de actividad física.
 - k. Promover acciones de protección de los derechos del consumidor y las condiciones ambientales y de salud que favorezcan el aprovechamiento biológico de los alimentos y un adecuado estado nutricional de la población entre el Ministerio de la Protección Social, Agricultura y Comercio, Superintendencia del Consumidor y Ministerio de Educación.
 - l. Impulsar políticas que propicien sistemas de transporte que promuevan desplazamientos activos o el uso de vehículos no motorizados.
 - m. Realizar abogacía para la sustitución del enfoque del deporte centrado en



deportistas de alto rendimiento hacia la actividad física, que se incluya la actividad física en espacios de la vida cotidiana y los discapacitados.

Línea Política No 2 - 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- b. Promover el desarrollo de acciones continuas de tamizaje de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.
- c. Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de la estrategia VISION 20/20.
- d. Promover el desarrollo de servicios diferenciados de prevención del consumo experimental y cesación del consumo de tabaco por ciclo vital, sexo y etnia.
- e. Desarrollar e implementar guías de atención integral para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- f. Implementar en las Entidades Promotoras de Salud - EPS y sus red de prestadores el modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica.
- g. Promover la identificación y seguimiento de población en riesgo de desarrollar Enfermedad Renal Crónica, ERC.
- h. Implementar el seguimiento y evaluación de las cohortes de pacientes con enfermedad renal crónica desde sus estadios iniciales para la orientación terapéutica.
- i. Incluir programas de información dirigida a disminuir la práctica de automedicación de agentes nefrotóxicos.
- j. j) Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria municipal, distrital y departamental para velar por la reducción de las oportunidades perdidas en la prestación de los servicios de atención para prevenir y atender la diabetes



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



mellitus, retinopatía diabética, hipertensión arterial y enfermedad renal.

Línea Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georeferenciación de los riesgos y condiciones de salud.
- b. Fortalecer la conformación de comités de vigilancia en salud pública en las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud - EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y la investigación operativa de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- c. Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- d. Desarrollar e implementar metodologías para el estudio de la carga de enfermedad y sus determinantes, con enfoque diferencial, según ciclo vital y grupos vulnerables.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|--|---|--|
| 5. MEJORAR LA SITUACION NUTRICIONAL | Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global (Línea de base: 7%. Fuente: ENSIN 2005). (Línea Base Departamental: 54,6% (6558/12.006), 2009. Fuente: programa departamental de nutrición, Secretaria de Salud Departamental | Reducir a 54,6% el porcentaje de desnutrición global en <5 años, (Línea base 65,3 menores de 5 años con desnutrición Global (196/300). Fuente: programa departamental de nutrición, Secretaria de Salud Departamental. Un (1) Centro de Recuperación Nutricional Intrahospitalario en la |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|---|
| | | ESE Jorge Isaac Rincón Torres, para niños y niñas con padecimientos de desnutrición implementado y en funcionamiento. Fuente: Proyecto del Plan de Desarrollo Municipal 2012 – 2015). |
| | Reducir por debajo de 6,7 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años (Línea de base: 6,7 por cien mil menores de 5 años. Fuente: DANE 2004). (Línea base del Departamento: 21,6 por cien mil menores de 5 años, año 2009, (24/110.893). Fuente: Diagnostico de Salud 2010, secretaria de Salud Departamental. | Reducir por debajo de 35.2 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años. (Línea Base: 35.2 por cien mil menores de 5 años, año 2009 (1/2838). Fuente: Diagnostico de Salud 2010. La Jagua de Ibirico) |
| | Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna | Incrementar en las maternas un promedio de un mes adicional de |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|--|
| | exclusiva (Línea de base: mediana 2,2 meses ENSIN 2005). | lactancia exclusiva al periodo normal establecido. |
| ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SITUACION NUTRICIONAL | | |
| Línea de Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida | | |
| a. Concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del Plan Nacional Seguridad Alimentaria y Nutricional y de los Planes Territoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional. | | |
| b. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna. | | |
| c. Fortalecer e implementar la inspección, vigilancia y control de los riesgos fitosanitarios de la cadena de producción, procesamiento, distribución y comercialización de alimentos dentro del marco de los sistemas salud internacional. | | |
| d. Fortalecer los sistemas de garantía de la calidad para los alimentos fortificados. | | |
| e. Promover la protección de los derechos del consumidor en espacios comunitarios. | | |
| Líneas de Política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud | | |
| a. Desparasitación y suplementación con micronutrientes a grupos de más alta vulnerabilidad. | | |
| b. Desarrollar estrategias para la prevención de las deficiencias de micronutrientes. | | |
| c. Implementar acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna. | | |
| d. Desarrollar estrategias de complementación nutricional a grupos de más alta vulnerabilidad. | | |
| e. Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y Prestadores de | | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Servicios de Salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según ciclo vital (institucional y comunitario).

- f. Promover en los espacios laborales, educativos y comunitarios estrategias de recuperación y preparación de alimentos sanos tradicionales en la dieta cotidiana.

Líneas de Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Diseño e implementación del componente de vigilancia de la situación nutricional para la población menor de 12 años y gestantes.
- b. Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y la atención de las deficiencias nutricionales.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|--|--|---|
| 6. DISMINUIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LAS ZONOSIS | Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (Línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005). Línea de Base Departamental: 29,49% (285/966.420) año 2010. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2010.) | Aumentar al 40% la detección de casos de tuberculosis. (Línea de base: 22,28 (5/22.435). año 2010. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Municipal año 2010). |
| | Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva | Mantener al 100% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|--|
| | <p>(Línea de base 63%. Fuente: MPS 2004).</p> <p>Línea de Base Departamental: 90,4% (140/155) año 2008. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2009).</p> | <p>positiva. (Línea de base: 100% (4/4) año 2010. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Municipal año 2010, Hospital Jorge Isaac Rincón Torres.</p> |
| | <p>Eliminar la rabia humana transmitida por perro (Línea de base: 0,0047 x cien mil. Fuente: MPS 2006).</p> | <p>Eliminar la rabia humana transmitida por perro (Línea de base: 0,0047 x cien mil. Fuente: MPS 2006).</p> |
| | <p>Reducir los casos de mortalidad por malaria a 60 casos para el 2010 (Línea de base: 119 muertes. Fuente: DANE 2004).</p> | <p>Mantener los casos de malaria a 4 casos para el 2015. Línea Base: se realiza revisión de los años 2006 a 2010, en el Departamento y el Municipio de La jagua y no se evidencia este evento.</p> |
| | <p>Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010 (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2004).</p> | <p>Mantener los casos de mortalidad por dengue en un 5.8 para el 2015.</p> |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|---|--|
| | <p>Línea de Base Departamental: 7,01% año 2010. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2010).</p> | <p>(Línea de base: 5,8 (1/17) Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2006).</p> |
| | <p>Reducir en un 50% los municipios que no cumplen con la meta de eliminación de la lepra (prevalencia de 1 por diez mil habitantes) (Línea de base: 87 municipios no cumplen meta de eliminación. Fuente: MPS 2006).</p> | <p>Reducir en un 50% de los casos de lepra, para cumplir con la meta de eliminación (Línea de base: 0,9% (2/22.435) Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Municipal año 2010).</p> |
| | <p>Línea de Base Departamental: 0,5% año 2010. Fuente: Diagnostico de salud, Secretaria de Salud Departamental año 2010).</p> | |
| <p>ESTRATEGIA PARA MEJORAR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LAS ZONOSIS</p> | | |
| <p>Línea de Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida</p> | | |
| <p>a. Desarrollar estrategias intersectoriales y de base comunitaria para mantener el control de las poblaciones de vectores y reservorios.</p> | | |
| <p>b. Impulsar la conformación de un comité de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de</p> | | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



prevención y control de las enfermedades transmisibles evitables y las zoonosis.

- c. Impulsar la gestión de los Consejos Territoriales de Zoonosis para desarrollar acciones de prevención, vigilancia y control de las zoonosis de importancia epidemiológica en los territorios.
- d. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, búsqueda de sintomáticos respiratorios y de piel y prevención de las enfermedades transmisibles.
- e. Promover la participación social para la prevención de factores de riesgo y control de la transmisión de las enfermedades transmisibles y zoonosis.

Líneas de Política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Movilizar y coordinar acciones intersectoriales con participación comunitaria para lograr y mantener las coberturas útiles de vacunación contra fiebre amarilla y vacunación antirrábica de caninos y felinos.
- b. Implementar el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2000 - 2015, para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Tratamiento Acortado Supervisado DOTS/TAS para el manejo de pacientes con tuberculosis.
- c. Coordinar el trabajo integral de los programas Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, de lucha contra el VIH y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, para prevenir y atender la coinfección VIH/tuberculosis.
- d. Fortalecer las alianzas estratégicas entre Entidades Promotoras de Salud - EPS y Prestadores de Servicios de Salud - IPS públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, prevención específica, detección temprana y atención integral de las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- e. Mantener y fortalecer la vigilancia de la resistencia a los medicamentos



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



antituberculosos y antimalaricos y estudios para la introducción de nuevos esquemas de tratamiento médico para las enfermedades vectoriales.

- f. Fortalecer las redes de microscopia en las zonas rurales dispersas para el diagnóstico de malaria y tuberculosis.
- g. Adquirir, distribuir, hacer seguimiento y evaluación del acceso oportuno a medicamentos, insumos críticos y medidas de protección para el control de enfermedades transmisibles y las zoonosis.

Líneas de Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Fortalecer la vigilancia activa en los eventos prioritarios y seguimiento de cohortes de sintomáticos respiratorios, de piel y sistema nervioso periférico.
- b. Fortalecer los LSP y entomología para el control de calidad de las pruebas de laboratorio clínico y las pruebas de confirmación especiales en LNR nacional e internacional.
- c. Fortalecer la conformación de comités de vigilancia en salud pública de las entidades territoriales, EPS e IPS y la investigación operativa de las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- d. Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georeferenciación de los riesgos y condiciones de salud.
- e. Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia prevención y la atención de eventos transmisibles y la zoonosis.
- f. Desarrollar e implementar metodologías para el estudio de la carga de enfermedad y sus determinantes, con enfoques diferencial, según ciclo vital y grupos vulnerables.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|---------------------------------|--|--|
| 8. MEJORAR LA SALUD ORAL | Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. | Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base Municipal |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|---|--|
| | Fuente: III ENSB 1999). | Sin Datos) |
| | Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: III ENSB 1999). | Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años ((Línea de base Municipal Sin Datos) |
| ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SALUD ORAL | | |
| Línea de Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida | | |
| <ul style="list-style-type: none"> a. Promover en el hogar, ámbitos escolares e instituciones como guarderías y hogares de bienestar hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar. b. Promover en los padres y cuidadores factores protectores para la salud bucal tales como: no usar chupos y biberones, establecer hábitos higiénicos orales y resaltar la importancia del cuidado del sexto molar y del control por odontólogo. c. Vigilancia de la estrategia de fluoración de la sal y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control de la fluorosis. d. Promover en los ámbitos laborales los hábitos higiénicos en salud oral y el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios a los servicios de salud bucal. | | |
| Líneas de Política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud | | |
| <ul style="list-style-type: none"> a. Fortalecer dentro de la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia el rol de la familia para proteger la salud oral y generar hábitos higiénicos para su mantenimiento. b. Difundir y vigilar el cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva en salud bucal. c. Garantizar el acceso a servicios de calidad de salud oral, de conformidad con lo establecido en los Planes Obligatorios de Salud, POS, del régimen | | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



contributivo y del régimen subsidiado.

- d. Fomentar una estrategia de información a las embarazadas y de educación al personal de salud sobre la importancia del componente de salud oral en el control prenatal y su impacto en el control del riesgo de la preeclampsia.
- e. Promover en las madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos en los niños menores de 1 año.

Líneas de Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Diseño y ejecución de la III Encuesta Nacional de Salud Bucal, ENSB.
- b. Desarrollo de una estrategia de vigilancia centinela para las fluorosis.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|--|---|--|
| <p>7. MEJORAR LA SALUD MENTAL</p> | <p>Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en 100% de las entidades territoriales (Línea de base: 0%. Fuente: direcciones territoriales de salud 2006).</p> | <p>Reducir el 49% el acceso de menores de 18 años al consumo de sustancias psicoactivas a través de un comité interdisciplinario, realizar seguimiento a las instituciones educativas en frecuencia no menor a una vez al año, con el fin de detectar síntomas de trastornos mentales y su reorientación a los servicios de atención. (Línea Base: 49.0 por 100.000 habitantes (11/22.435) 2010. Fuente: Secretaria de Salud Departamental, Fiscalía, Medicina Legal y comisaria de familia.</p> |



ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL

Línea de Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- b. Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar.
- c. Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas u estas, buscando sinergias y sincronías junto a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior y de Justicia, Ministerio de Cultura y Deporte, secretarías de desarrollo social, personerías, organizaciones internacionales y organizaciones de base comunitaria.
- d. Formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios conformados por actores institucionales (juez, inspector de policía, personero, docentes, policía, promotoras de salud, personal de salud, etc.) y comunitarios (líderes, madres comunitarias, pastoral social, etc.), y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria.
- e. Desarrollar estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada.
- f. Promover capacidades en empresas y centros educativos para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención.

Líneas de Política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y



superación de los daños en la salud

- a. Incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes tales como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, familias en acción, comedores comunitarios, programas de crecimiento y desarrollo, escuelas de familia y escuelas saludables, programas para desplazados.
- b. Promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda.
- c. Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental.
- d. Ampliar el espectro de intervención de riesgo - población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de niños, adolescentes y de la demencia y la enfermedad de Alzheimer.
- e. Garantizar el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento, y al suministro de medicamentos.

Líneas de Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Fortalecimiento de la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, así como actualización de los diagnósticos departamentales.
- b. Promover actividades de capacitación en salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas, a los referentes institucionales de los niveles departamental y municipal, a los gestores locales de salud mental y a los grupos comunitarios.
- c. c) Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|--|--|---|
| 9. MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y DISMINUIR LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL | Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional (Línea de base: 11,5 por cien mil. Fuente: MPS 2005). | Reducir a menos de dos casos por año la tasa de mortalidad por enfermedad laboral. (Línea Base: sin Datos) |
| | Reducir la tasa de accidentes ocupacionales (Línea de base 5,2 por cien mil. Fuente: MPS 2005). | Mantener en un 1% los casos de accidentes laborales. (Línea de base 1% (1/95 No de Trabajadores, Fuente: Hospital Jorge Isaac Rincón Torres). |
| | | Implementar en un 100% los controles a las entidades públicas, privadas y contratistas en el cumplimiento de afiliación de empleados a las ARP. |
| ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y DISMINUIR LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL | | |
| Línea de Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida | | |
| a. Promover la implementación y evaluación de la efectividad de la estrategia de entornos saludables en espacios laborales con enfoque diferencial por género. | | |
| b. Desarrollar normas técnicas para la promoción de la salud en espacios de trabajo, detección temprana, protección específica y atención de las enfermedades ocupacionales prevenibles. | | |
| c. Promover en las empresas, universidades, centros de formación del recurso humano y comunidad general el acceso a las acciones promoción de la salud, | | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



detección temprana, protección específica dentro del Sistema de Riesgos Profesionales, según normas técnicas establecidas (Ministerio de la Protección Social, direcciones territoriales de salud, Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP, Entidades Promotoras de Salud - EPS).

Líneas de Política No 2 – 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Desarrollar programas de sensibilización para la reincorporación y la inclusión del discapacitado en el sector productivo.
- b. Formulación y seguimiento de planes de mitigación de los riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales y ocupacionales y la accidentalidad.

Líneas de Política No 4: Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Diseñar, desarrollar, hacer seguimiento, evaluación y difusión de resultados de la vigilancia en salud en el entorno laboral.

| PRIORIDAD | META NACIONAL | META MUNICIPIO |
|--|--|--|
| 10. FORTALECER LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA | Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SGSSS en el 100% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. | Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SGSSS en el 100% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. |
| | Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el | Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones de salud en el |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | |
|--|--|--|
| | 100% de los departamentos, distritos y municipios. | municipio. |
| | Crear en el 100% de los departamentos, distritos y municipios un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública de conformidad con las particularidades étnicas y culturales. | Crear un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Pública de conformidad con las particularidades étnicas y culturales. |
| | Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud - POS. | Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud - POS. (Aplicación de la unificación del POS) Acuerdo CRES. |

ESTRATEGIA PARA FORTALECER LA GESTION PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA

Línea de Política No 1: Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Promover el aseguramiento universal en salud, priorizando la mujer y niños, población pobre y vulnerable localizada en las áreas urbanas marginales y rurales.
- b. Promover el aumento de cobertura de aseguramiento a riesgos profesionales y



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- protección al cesante, especialmente empresas y la población extranjera.
- c. Promover una agenda de trabajo y un plan de acción para la salud pública con los comités departamentales y locales de planeación, para impulsar el desarrollo de políticas y acciones intersectoriales del Plan Nacional de Salud Pública.
 - d. Coordinación intersectorial, interinstitucional y comunitaria para la intervención de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y de las poblaciones.
 - e. Fomento de pactos, convenios y tratados de cooperación con instituciones y sectores responsables para la gestión social del riesgo e intervención de los determinantes de la salud.
 - f. Articulación, con la Red Juntos para la Superación de la Pobreza Extrema.
 - g. Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan nacional de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (mapas de amenazas, vulnerabilidad y riesgos).
 - h. Coordinación interinstitucional y comunitaria para la estructuración de los modelos de salud de los pueblos indígenas e investigación sobre la medicina tradicional.
 - i. Fomento del servicio de telemedicina para la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud.
 - j. Desarrollo del sistema de evaluación de resultados de salud.
 - k. k) Desarrollo de un programa de educación continuada para mejorar la capacidad de gestión del talento humano en salud.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



3.8. EJES PROGRAMATICOS

CUADRO 23. EJES PROGRAMATICOS - AREAS SUBPROGRAMATICAS.

| EJE PROGRAMATICO | AREA SUBPROGRAMATICA PLANTEAMIENTO MUNICIPAL |
|--|--|
| ASEGURAMIENTO | Promoción de la afiliación al SGSSS |
| | Identificación y priorización de la población a afiliar. |
| | Gestión y utilización eficiente de los cupos del Régimen Subsidiado. |
| | Administración de bases de datos de afiliados. |
| | Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio. |
| | Gestión financiera del giro de los recursos |
| | Celebración de los contratos de aseguramiento |
| | Interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado |
| | Vigilancia y control del aseguramiento |
| | PRESTACION DE SERVICIOS A POBLACION POBRE Y VULNERABLE |
| Sistema de gestión de garantía de la calidad | |
| Administración de la red de prestación de servicios de salud(Redes Integradas y Equipos Básicos y actividades de Mediana Complejidad como: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Anestesia) | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| EJE PROGRAMATICO | AREA SUBPROGRAMATICA |
|-------------------------|--|
| SALUD PUBLICA | Mejorar la Salud Infantil |
| | Mejorar la situación Sanitaria y Ambiental |
| | Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva |
| | Disminuir las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y las Discapacidades |
| | Mejorar la Salud Nutricional |
| | Disminuir la Enfermedades Transmisibles y las Zoonosis |
| | Mejorar la Salud Mental |
| | Mejorar La Salud Oral |
| | Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral |
| | Fortalecer la Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Publica. |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| EJE PROGRAMATICO | AREA SUBPROGRAMATICA PLANTEAMIENTO MUNICIPAL |
|--|---|
| PROMOCION SOCIAL | Acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales |
| | Acciones de salud en la “Red para la Superación de la Pobreza Extrema |
| | Acciones educativas de carácter no formal |
| PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES | Acciones de Promoción de la Salud y Calidad de Vida en el ambiente laboral |
| | Demanda inducida a los servicios de promoción de la salud, prevención de riesgos en el ámbito laboral |
| | Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales en los ámbitos laborales |
| | Acciones de sensibilización para la reincorporación del discapacitado al sector productivo |
| | Acciones de seguimiento evaluación y difusión de los resultados de la Vigilancia en Salud del sector laboral |
| EMERGENCIAS Y DESASTRES | Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres |
| | Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes de contingencia en emergencias y desastres |
| | Acciones de fortalecimiento institucional para la respuesta territorial ante las situaciones de emergencia y desastres |
| | Acciones de fortalecimiento de la Red de Urgencias |



3.9. ARMONIZACION.

El concepto de *armonización* está consignado expresamente en el artículo 342 de la Constitución Nacional: “La correspondiente ley orgánica (152 de 1994) reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales”.

La armonización se operacionaliza a través de los criterios de concurrencia, complementación y subsidiariedad que se invocan en el ARTICULO 288 de la Constitución de 1991 y triangula la descentralización y la autonomía: “La ley orgánica de ordenamiento territorial establecerá la distribución de competencias entre la Nación y las entidades territoriales. Las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales serán ejercidas conforme a los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad en los términos que establezca la ley”.

En desarrollo de los artículos 148-149 de la ley 136 de 1994 los municipios de las provincias están asociados. Es posible armonizar programas y proyectos supramunicipales pero subdepartamentales en términos de objetivos de los municipios asociados para organizar conjuntamente la prestación de servicios públicos, la ejecución de obras o el cumplimiento de funciones administrativas, procurando eficiencia y eficacia en los mismos, así como el desarrollo integral de sus territorios y colaborar mutuamente en la ejecución de obras públicas.

En retro prospectiva 2008 – 2010 – 2015 y 2019 los planes de desarrollo es necesario armonizarlo en términos de objetivos-metas, políticas-estrategias, programas-proyectos y las proyecciones de recursos derivados de estimaciones de fuentes de financiación a partir de aplicar los principios de concurrencia, complementación y subsidiariedad de lo local, municipal, distrital, provincial, departamental, regional, nacional y lo internacional.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



La armonización es un proceso que busca establecer correspondencia o compatibilidad entre los diferentes actores y niveles institucionales. Es necesario armonizar lo territorial con las Políticas Nacionales y las normas técnicas en los próximos cuatro años aplicando el principio de concurrencia del nivel superior a los inferiores apuntando todos hacia un mismo fin que conlleve en mejorar la salud y calidad de vida de todos los Jagueros.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



3.9.1. Armonización De Los Instrumentos De Planeación Sectorial

TABLA N° 110: Armonización De Los Instrumentos De Planeación Sectorial

| PRIORIDADES NACIONALES | PLAN BASICO DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL | PROYECTO DE PLAN DE DESARROLLO/ ODM | PROGRAMA DE GOBIERNO MUNICIPAL | PROGRAMA DE GOBIERNO DEPARTAMENTAL |
|-----------------------------|---|--|---|--|
| 1.Mejorar la Salud Infantil | No Aplica | <p>Disminuir la tasa de mortalidad Infantil al 16,6% X 1.000 nacidos vivos en el cuatrienio</p> <p>Mantenimiento de Coberturas de Vacunación por encima del 95% en todos los biológicos del PAI durante el cuatrienio.</p> <p>Incrementar la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva a 0.9% al finalizar el cuatrienio.</p> | <p>Desarrollar programas de alimentación y seguridad alimentaria dirigidos a niños menores de cinco años, madres gestantes y lactantes, inmunización integral, atención al embarazo, al parto y al puerperio.</p> | <p>Ampliar la cobertura de los programas de atención a la primera y segunda infancia en materia de educación, salud, deberes y derechos, protección infantil en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1098 de 2006 y de la Estrategia Nacional para Prevenir y Erradicar las Peores Formas de Trabajo Infantil y Proteger al Joven Trabajador 2008-2015.</p> <p>Articular la Política Publica nacional de Primera Infancia, establecida a través del Documento CONPES 1092 de 2007 a los lineamientos</p> |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | | <p>A 2014 estará implementada y consolidada la estrategia AIEPI, componente comunitario en la zona urbana del Municipio y los corregimientos de Las Palmitas y La Victoria.</p> <p>Al finalizar el cuatrienio la estrategia IAMI estará implementada en la ESE Jorge Isaac Rincón.</p> <p>Un (1) Centro de Recuperación Nutricional</p> | | <p>departamentales con base en los compromisos adquiridos en la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños.</p> <p>Trabajar conjuntamente con el ICBF, municipios y demás entidades en la erradicación del trabajo infantil y el maltrato al menor.</p> |
|--|--|---|--|---|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | | Intrahospitalario en la ESE Jorge Isaac Rincón Torres, para niños y niñas con padecimientos de desnutrición implementado y en funcionamiento | | |
| 2. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental | | Incrementar en un 2% la población con servicio de acueducto en la zona urbana durante el cuatrienio Construcción de un embalse multipropósito durante el cuatrienio Diseñar, formular e implementar un Plan | Construcción de redes principales en la Cabecera Municipal. Construcción de redes de acueducto en barrios para cobertura total Municipal. Construcción de redes de alcantarillados para cobertura total en cabeceras y | Ampliar la cobertura operativa y funcional del Plan Departamental de Aguas del Cesar, con el propósito de mas municipios participen de este Modelo de Planificación y Gestión del sector Fortalecer el sector de los servicios públicos, esta propuesta se debe vender como eficiencia en el servicio y además hablar de |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>Maestro de Acueducto y Alcantarillado durante el cuatrienio</p> <p>Incrementar en 25% la capacidad de almacenamiento de agua potable en el cuatrienio.</p> <p>Optimizar la planta de tratamiento de agua potable al 100%</p> <p>Optimizar y repotenciar en 6.000 metros lineales el sistema de acueducto en el cuatrienio</p> | <p>corregimientos.</p> <p>Optimización de los sistemas de potabilización</p> <p>Articular el manejo integral de residuos sólidos con los programas de manejo Regional de rellenos por aguas del Cesar.</p> <p>Crear una Empresa prestadora de servicios de carácter transitorio que garantice la optimización y cultura del agua para articular con aguas del Cesar.</p> <p>Implementar red de monitoreo local de</p> | <p>la reducción de costos que se generarían si el sistema es eficiente.</p> <p>Gestionar ante el Gobierno Nacional la financiación de las obras del Plan Departamental de Aguas del Cesar.</p> <p>Restaurar y extender dentro del Departamento del Cesar el programa de baterías sanitarias y tratamientos de Aguas residuales.</p> <p>Ampliar la cobertura departamental de acueducto pasando del 81% al 93%.</p> |
|--|--|--|---|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | <p>Realizar e implementar 1 programa anual de uso y ahorro eficiente del agua</p> <p>Incrementar a 20 horas diarias la continuidad del servicio de acueducto en la zona urbana en el cuatrienio</p> <p>Incrementar en un 18% la población con servicio de acueducto rural durante el cuatrienio</p> <p>Incrementar en un 5% la población con servicio de</p> | <p>calidad de aire</p> <p>Definir mapa de riesgo ambiental del Municipio y de la Cabecera Municipal</p> <p>Dotación de equipos y laboratorios para programas de prevención por contaminación atmosférica.</p> <p>Crear la Secretaría Gestión de Medio Ambiente</p> <p>Un plan de ordenamiento y manejo de cuencas ambientales en función del crecimiento de los</p> | <p>Ampliar la cobertura departamental de alcantarillado, pasando del 67% al 73% en el próximo cuatrienio.</p> <p>Ampliar la cobertura departamental del servicio de recolección de basuras a nivel urbano pasando del 69% al 78% y en las áreas rurales del 17.2% al 29%.</p> |
|--|--|--|---|---|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|---------------------------|--|
| | | <p>alcantarillado en el área urbana durante el cuatrienio</p> <p>Optimizar y repotenciar en 5.000 metros lineales el sistema de alcantarillado en el cuatrienio</p> <p>Incrementar en un 10% la cobertura de alcantarillado y saneamiento básico en el área rural en el cuatrienio</p> <p>Incrementar en un 21% la cobertura de aseo en el área urbana en el</p> | <p>proyectos mineros.</p> | |
|--|--|--|---------------------------|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>cuatrienio</p> <p>Ajustar, actualizar e implementar el PGIR's en el cuatrienio</p> <p>Incrementar en 13% la cobertura de aseo en el área rural durante el cuatrienio</p> <p>Disminuir el IRCA a un nivel de 5,1-14 (Bajo) durante el cuatrienio</p> <p>Incrementar en un 17% la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Construcción de 2 plantas de tratamiento de aguas residuales en el cuatrienio</p> <p>Diseñar e Implementar el Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimientos en el Municipio en el cuatrienio</p> <p>Adoptar y aplicar la estratificación socioeconómica urbana y rural en el cuatrienio</p> <p>Asegurar el 100% el cumplimiento de los requisitos de ley en la prestación de los servicios públicos</p> | | |
|--|--|---|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>anualmente.</p> <p>Gestionar la implementación de una red de monitoreo local de calidad de aire en el municipio en el cuatrienio</p> <p>Definir y formular un mapa de riesgo ambiental del Municipio en el cuatrienio.</p> <p>Realizar un control y vigilancia anual del medio ambiente</p> <p>Diseñar e implementar dos planes de ordenamiento y manejo de cuencas ambientales POMCA</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>para los ríos Tucuy y Sororia en el cuatrienio.</p> <p>Implementar el sistema de gestión ambiental municipal SIGAM en el cuatrienio.</p> <p>Implementación del Plan de Gestión Integral de Residuos - PGIR en el cuatrienio.</p> <p>Implementar un programa anual de reforestación en el perímetro urbano, cuencas hídricas, zonas de laderas y áreas degradadas del municipio.</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>Adquirir, manejar y mantener un predio anual de importancia ambiental en cuencas hidrográficas abastecedoras de acueductos</p> <p>Identificación y establecimiento de 4 áreas de protección ambiental en el cuatrienio.</p> <p>Implementación del Sistema de Gestión Integral de Escombros (estaciones de transferencia, recolección, sitio de disposición final) en el cuatrienio.</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>Implementar el 15% de las acciones y estrategias contempladas en la Política Pública Ambiental en el cuatrienio</p> <p>Gestionar la implementación de un programa de familias guardabosques en el municipio en el cuatrienio.</p> <p>Implementar un programa para la adecuación del municipio al cambio climático en el cuatrienio.</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>Ejecutar y Articular un programa ambiental en coordinación con CORPOCESAR en el cuatrienio.</p> <p>Implementar un Programa de educación y sensibilización ambiental basados en los Proyectos Ambientales Escolares - PRAES, articulado con los estamentos gubernamentales y no gubernamentales en el municipio en el cuatrienio.</p> <p>Implementar en el</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | | cuatrienio un proyecto de educación ambiental y participación ciudadana | | |
| 3. Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva | | <p>Implementar anualmente el programa "Todos con Educación, Jugando y afectuoso " de atención integral a la población infantil y adolescentes que beneficie a 4000 niños (Sisben I y II) en:</p> <p>Educación (Inicial, básica primarían y básica secundaria,)</p> <p>Juego (acceso a</p> | Implementación de un programa de salud sexual y productiva. | Desarrollar programas de Prevención integral del uso indebido de sustancias psicoactivas y formación en salud sexual y reproductiva de los jóvenes. |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>infraestructura y facilidades recreativas)</p> <p>Educación en salud sexual y reproductiva</p> <p>Implementar anualmente el programa "Todos registrados y participando" de atención a la población infantil y adolescentes que beneficie a los niños (Sisben I y II) en: Registro, vinculados al programa de Democracia Municipal Juvenil</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Implementar anualmente el programa "Protección especial" de atención a la población infantil y adolescentes que beneficie a 4.000 niños (Sisben I y II) en:</p> <p>Ninguno en actividad perjudicial, (Explotación económica y sexual)</p> <p>Ninguno de víctima de violencia (Maltrato, desplazamiento, abuso sexual, minas anti personal)</p> <p>Ninguno en conductas delictivas (Prevención de hechos de violencia)</p> | | |
|--|--|---|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>Levantamiento de una línea de base de infancia y adolescencia en el cuatrienio</p> <p>Realizar un programa de seguimiento continuo a los programas de infancia y adolescencia</p> <p>Apoyar y/o articular con la Red UNIDOS un programa de Infancia y Adolescencia</p> <p>Levantamiento de una línea de base de los Jóvenes en el cuatrienio</p> <p>Gestionar y o Implementar la Ley (</p> | | |
|--|--|---|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>375 de 1977) de la Juventud en el cuatrienio</p> <p>Fortalecer el Concejo de la Juventud en el cuatrienio</p> <p>Implementar un programa anual de atención integral para jóvenes</p> <p>Disminuir la proporción de embarazos en adolescentes por debajo del 37% al finalizar el cuatrienio (dos puntos porcentuales).</p> <p>Implementar anualmente el uso de métodos modernos de</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>anticoncepción en mínimo 200 mujeres adolescentes y jóvenes.</p> <p>Al finalizar el cuatrienio la Estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes implementada en la ESE Jorge Isaac Rincón, en las IPS y EPS que prestan servicios en el Municipio.</p> <p>Centro de Atención Integral para adolescentes y jóvenes, como espacio de interacción de adolescentes y</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>jóvenes para los procesos de construcción de proyectos de vida y percepción de oportunidades, creado y funcionando al finalizar el cuatrienio.</p> <p>Mantener la tasa de mortalidad materna por debajo de 45 por 100.000 nacidos vivos en el cuatrienio.</p> <p>Implementar acciones de búsqueda activa y seguimiento anual al 100% de las gestantes para garantizar el acceso a los programas de control</p> | | |
|--|--|---|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p> prenatal</p> <p>Aplicación de Rutas, Protocolos y Guías de Atención por parte del personal Médico Asistencial en la ESE Jorge Isaac Rincón en el 100% anual de las gestantes que ingresan al control prenatal.</p> <p>Implementación de la estrategia de Atención Obstétrica de Emergencia Básica (AOEmB) y Atención Obstétrica de Emergencia Integral (AOEmI) en el 100% anual, de los casos de Morbilidad materna</p> | | |
|--|--|---|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>extrema.</p> <p>esarrollo de 6 campañas anuales de Información, Educación y Comunicación enfocadas al Reconocimiento de Derechos en Salud y Reconocimiento Temprano de signos de Alarma y Factores de Riesgo de las gestantes del municipio.</p> <p>Vigilancia y seguimiento al proceso de atención integral y suministro de tratamiento al 100% de pacientes seropositivos de VIH – SIDA del</p> | | |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>municipio en el cuatrienio.</p> <p>Implementación de modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual, Hepatitis B y VIH/SIDA en IPS con atención a pacientes seropositivos para VIH en el cuatrienio.</p> | | |
| 4. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades | | Diseñar e implementar un programa para la atención integral dirigida a la población de adultos mayores del | Fortalecer la infraestructura Hospitalaria municipal, mediante la dotación de equipos Médicos, | Ampliar la cobertura de la atención para este tipo de población vulnerable en los servicios que define el estado y que son responsabilidad del |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>municipio anualmente.</p> <p>Desarrollar un programa anual de Recuperación de la Salud Mental de la población adulto mayor</p> <p>Desarrollar 7 actividades lúdicas, de promoción de lectura, intercambios generacionales, recreación y/o encuentros para el adulto mayor en el cuatrienio.</p> <p>Fortalecer, adecuar y/o dotar anualmente el Hogar de Paso del municipio.</p> | <p>software. equipos de laboratorio e insumos.</p> <p>promover los convenios de promoción para la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado del municipio</p> <p>Mejorar el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud y la protección al usuario.</p> <p>Proveer a los discapacitados de sus equipos básicos que los haga sentir integrado a la Sociedad.</p> | <p>departamento.</p> <p>Responder a la demanda que presente este grupo poblacional en el territorio departamental en materia de servicios sociales.</p> <p>Definir y estructurar una política pública departamental para este grupo poblacional.</p> <p>Ampliar la capacidad de operación de los programas para responder a la ampliación de cobertura que exige el Ministerio de Protección Social.</p> |
|--|--|--|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| | | Apoyar y/o fortalecer en el cuatrienio 4 proyectos micro empresariales que generen ingresos en el cuatrienio para la población adulto mayor. | | |
| 5. Mejorar la Salud nutricional | | Implementar anualmente el programa "Todos Vivos, Saludables, Nutridos y con Familias" de atención integral a la población infantil y adolescentes que beneficie a 4000 niños (Sisben I y II) en: Nutrición: (lactancia materna, complemento nutricional, seguimiento al crecimiento y | Desarrollar programas de alimentación y seguridad alimentaria dirigidos a niños menores de cinco años, madres gestantes y lactantes, inmunización integral, atención al embarazo, al parto y al puerperio. | Aumentar con el programa de Alimentación Escolar en las Instituciones educativas Oficiales, pasando de atender de 98.000 (2010) a 105.000 niños, niñas y jóvenes al terminar el cuatrienio (2015). |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>desarrollo).</p> <p>Un (1) Centro de Recuperación Nutricional Intrahospitalario en la ESE Jorge Isaac Rincón Torres, para niños y niñas con padecimientos de desnutrición implementado y en funcionamiento.</p> <p>Incrementar la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva a 0.9% al finalizar el cuatrienio.</p> <p>Al finalizar el cuatrienio la estrategia IAMI estará implementada</p> | | |
|--|--|---|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|
| | | en la ESE Jorge Isaac Rincón. | | |
| 7. Mejorar la salud Mental | | <p>Apoyar un programa de salud mental a la población víctima del conflicto, reinsertada y desmovilizada.</p> <p>Desarrollar un programa de apoyo psicosocial para las víctimas del conflicto en el cuatrienio.</p> <p>Apoyar un programa de prevención y protección para la población víctima en el cuatrienio.</p> <p>Gestionar y/o apoyar un programa de generación de ingresos para los</p> | Prevención y atención a las mujeres y niños víctima de la violencia. | Desarrollar programas de Prevención integral del uso indebido de sustancias psicoactivas y formación en salud sexual y reproductiva de los jóvenes |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|--------------------------|--|---|--|--|
| | | <p>desmovilizados y reinsertados en el cuatrienio.</p> <p>Establecer y/o ejecutar la Ley de víctimas y restitución de tierras propuesta por el Gobierno Nacional durante el cuatrienio.</p> <p>Gestionar y/o apoyar un programa de identificación de predios en alianza con entidades nacionales y organizaciones de víctimas en el cuatrienio.</p> | | |
| 8. Mejorar la Salud Oral | | Implementar anualmente el programa "Todos | No hay actividades contempladas en el plan de gobierno | No hay actividades contempladas en el programa de gobierno |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | | <p>Vivos, Saludables, Nutridos y con Familias" de atención integral a la población infantil y adolescentes que beneficie a 4000 niños (Sisben I y II) en:</p> <p>salud (oral, visual, auditiva y mental, salud reproductiva y sexual, hábitos saludables)</p> | | |
| 9. Mejorar la Seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral. | | Implementación de un programa anual de salud ocupacional | No hay actividades contempladas en el programa de gobierno. | No hay actividades contempladas en el plan de gobierno. |
| 10. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan | | Implementar un plan estadístico para el mejoramiento de la gestión y prestación del servicio en el | No hay actividades contempladas en el programa de gobierno | No hay actividades contempladas en el programa de gobierno |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | |
|----------------------------|--|---|--|--|
| nacional de salud pública. | | cuatrienio. Diseñar y Formular un Plan Estrategico en el cuatrienio. Implementación del plan territorial de salud | | |
|----------------------------|--|---|--|--|



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



3.10. RESPONSABLES

La Secretaría Municipal de Salud en cabeza del Secretario será el responsable de llevar a cabo las políticas, competencias, responsabilidades y funciones, ejes programáticos y áreas subprogramaticas propuestas en el Plan de Salud.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



CAPITULO IV. DIAGNOSTICO FINANCIERO



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



CAPITULO IV. DIAGNOSTICO FINANCIERO

En desarrollo del literal a, del artículo 7° de la resolución 425 del 2008, los planes de salud territoriales, deben elaborar un diagnóstico financiero e identificación de las fuentes de recurso que incluye el plan bienal de inversiones en salud del que trata el artículo 65 de la Ley 715 del 2001, a partir del diagnóstico financiero se estructura el proyecto de inversión utilizando el instrumento plurianual de inversiones en salud territorial, en el cual se articula el componente estratégico del plan de salud territorial con los recursos de inversión que se ejecutaran en el cuatrienio.

4. DIAGNOSTICO FINANCIERO MUNICIPAL.

4.1. ANALISIS ESTRUCTURAL HISTORICO DE INGRESOS Y DE GASTOS PARA EL MUNICIPIO.

Para el diagnostico financiero se utilizara la metodología de operaciones efectivas que se desarrolla a partir de tres análisis: el Estructural, el Coyuntural y de Gestión Financiero.

Para el análisis estructural, se tomaron los últimos 10 años, con información disponible en el Departamento Nacional de Planeación, acerca de los Indicadores de Desempeño Fiscal y Financiero del municipio de La Jagua de Ibirico, cabe resaltar que para los años 2000, 2001, 2002, 2003 y 2005, no hay datos disponibles el DNP. Para el análisis de estos indicadores se debe tener en cuenta que los primeros seis son Indicadores parciales, el séptimo es el Indicador agregado, el octavo es el lugar del municipio en el Nivel nacional y el noveno el lugar del municipio a nivel departamental.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 110. Análisis Estructural De Desempeño Fiscal Del Municipio De La Jagua 2002-2010.

| CONCEPTO | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|-----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|--------------|
| Porcentaje de ingresos corrientes destinados a funcionamiento | ND | ND | 46.11 | ND | 57.48 | 72.15 | ND | 27,37 | 30,32 |
| Magnitud de la deuda | ND | ND | 1.26 | ND | 0.00 | - | ND | ND | ND |
| Porcentaje de ingresos que corresponden a transferencias | ND | ND | 17.67 | ND | 30.31 | 29.38 | ND | 86,22 | 73,57 |
| Porcentaje de Ingresos que corresponden a recursos propios | ND | ND | 48,27 | ND | 16.98 | 24.11 | ND | 11,93 | 93,96 |
| Porcentaje del gasto total destinado a inversión | ND | ND | 94.47 | ND | 88.80 | 81.54 | ND | 94,85 | 93,93 |
| Capacidad de ahorro | ND | ND | 51.18 | ND | 40.22 | 26.59 | ND | 75,15 | 74,03 |
| Indicador de Desempeño fiscal | ND | ND | 73.23 | ND | 70.41 | 70.39 | ND | 67,22 | 82,31 |
| Posición 2005 a nivel Nacional | ND | ND | 19 | ND | 61 | 193 | ND | 114 | 59 |
| Posición 2005 a nivel Departamental | ND | ND | 1 | ND | 1 | 4 | ND | 3 | 2 |

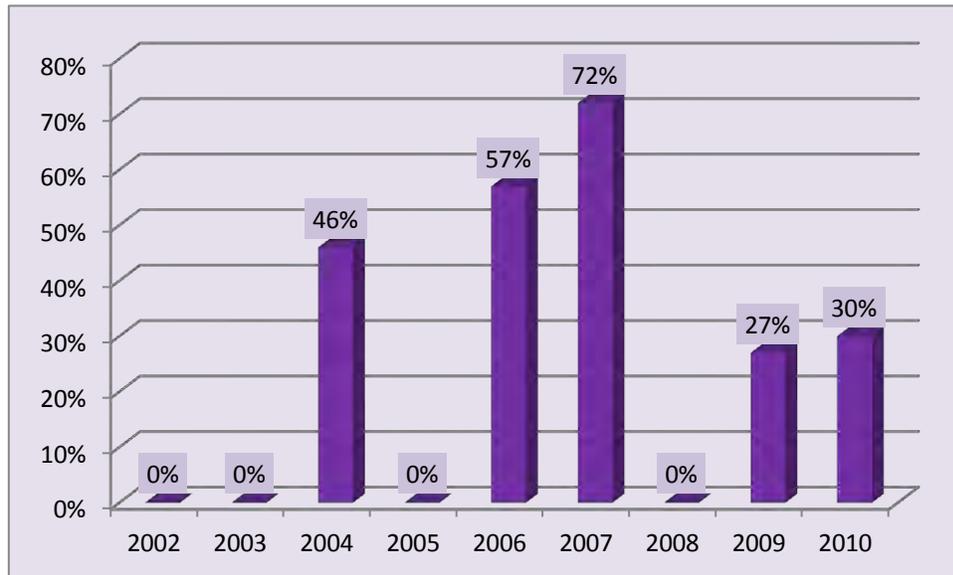
FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 78. Porcentajes De Ingresos Corrientes Destinados A Funcionamiento, Del Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar

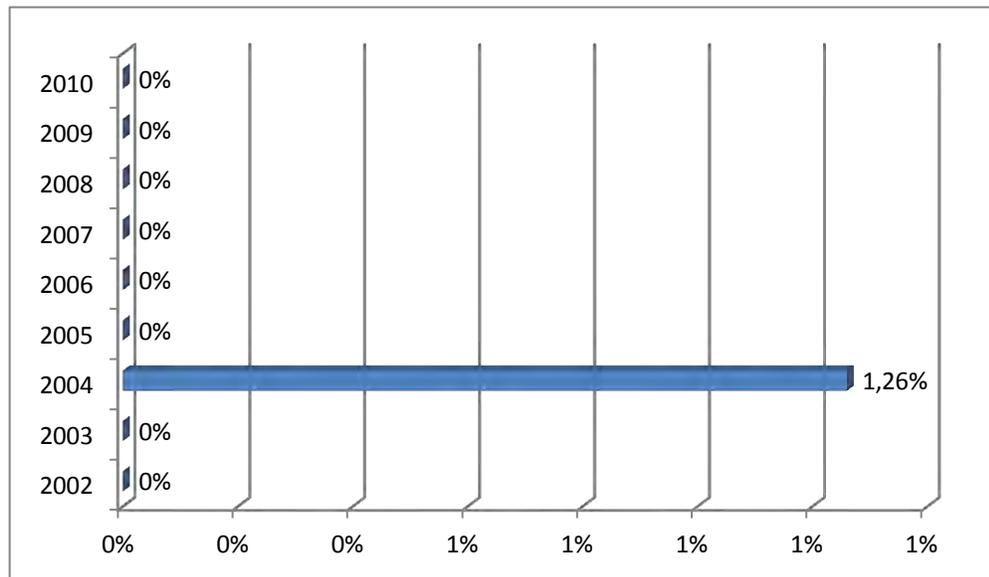


Fuente: DNP Indicadores de Desempeño Fiscal.

El primer indicador de PORCENTAJE DE INGRESOS CORRIENTES DESTINADOS A FUNCIONAMIENTO (Grafico 1) es el indicador de autofinanciación del funcionamiento mide qué tanto puede utilizar el departamento, distritos o municipio para pagar funcionamiento (nómina y gastos generales) por cada peso que genera de ingresos corrientes de libre destinación. Lo deseable es que este indicador sea igual o menor al límite establecido en la ley 617/00, de acuerdo con la categoría correspondiente a La jagua de Ibirico, para la categoría Cuarta el límite máximo es del 80%, en La Jagua de Ibirico, en promedio el porcentaje en los años revisados fue del 29.29%, teniendo en cuenta que en los años 2002, 2003, 2005, no se encontraron datos disponibles. Con una tendencia a incremento anual entre el año 2006- 2007 del 14.67%, hasta el 2006, en el 2007 tuvo un descenso de 4.9%. En el 2008 no se reportó información y durante 2009 y 2010 hubo un descenso de este indicador respecto a los años anteriores.



Grafico No 79. Magnitud De La Deuda, Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.

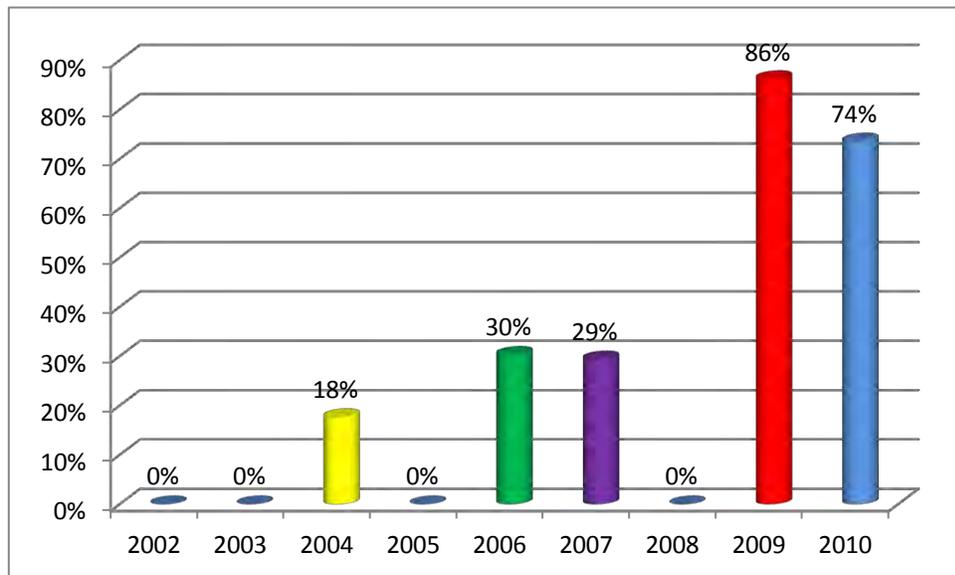
El indicador de magnitud de la deuda es una medida de capacidad de respaldo y se obtiene como la proporción de los recursos totales que están respaldando la deuda. Se espera que este indicador sea menor que el 80%, es decir, que los créditos adeudados no superen el 80% de lo que se tiene para respaldarlos. Ello exige que la deuda total no supere la capacidad de pago de la entidad ni comprometa su liquidez en el pago de otros gastos, tal y como lo señala la ley 358 de 1997. El municipio de la Jagua de Ibirico este indicador no pudo ser medido debido a la no disponibilidad de los datos, solo aparece del dato del años 2004.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 80. Porcentajes De Ingresos Que Corresponde A Transferencia, Municipio La Jagua De Ibirico, Cesar



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.

La dependencia de las transferencias mide la importancia que estos recursos tienen en relación con el total de fuentes de financiación, es decir, indica el peso que tienen estos recursos en el total de ingresos y su magnitud refleja el grado en el cual las transferencias se convierten en los recursos fundamentales para financiar el desarrollo territorial. Un indicador por encima de 60% señala que la entidad territorial financia sus gastos principalmente con recursos de transferencias de la nación. El monto de las transferencias no incluye los recursos de regalías ni de cofinanciación, pues son recursos no homogéneos a todas las entidades territoriales, lo que genera distorsiones en la evaluación. En los datos encontrados en el DNP, para el municipio de La Jagua de Ibirico, podemos observar para los años 2006 y 2007 ha venido recibiendo entre el 30.3% y 29.3% fondos de transferencia lo cual indicia que el financiamiento de sus gastos no son principalmente de recursos de la Nación. En el 2008 no hubo información

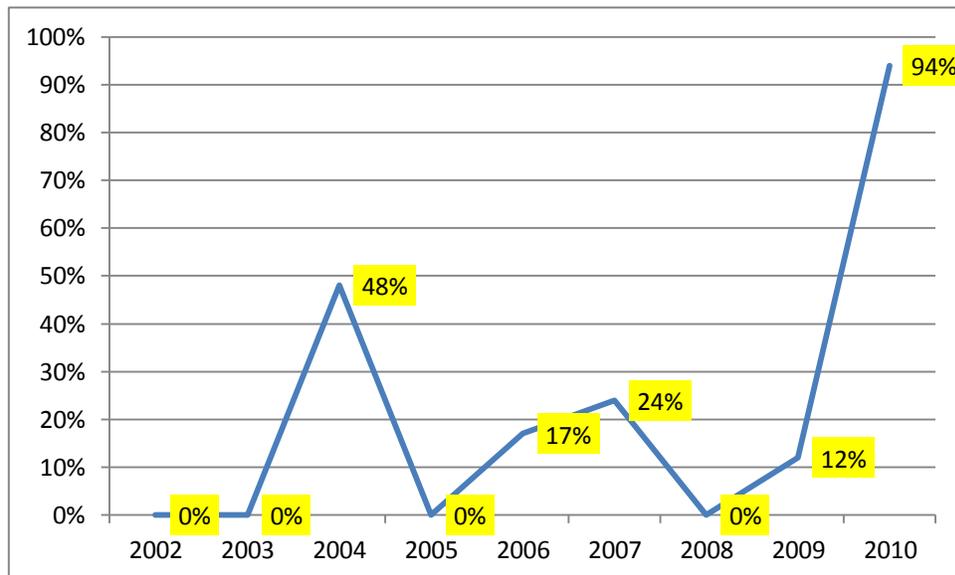


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



pero en el 2009 y 2010 ha venido recibiendo 86% y 74% respectivamente, lo cual indica que está muy por encima del parámetro de referencia, debido a una sustitución de fuentes por el congelamiento de regalías que condujo al municipio a entrar a ley 550 del 1999.

Grafico No 81. Porcentajes De Ingresos Que Corresponden A Recursos Propios, Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.

Como complemento al indicador anterior, se relaciona el de generación de los ingresos propios, es decir, el peso relativo de los ingresos tributarios en el total de recursos. Esta es una medida del esfuerzo fiscal que hacen las administraciones por financiar sus planes de desarrollo. Se espera que las entidades territoriales aprovechen su capacidad fiscal plenamente para garantizar recursos complementarios a las transferencias que contribuyan a financiar el gasto relacionado con el cumplimiento de sus competencias.

El indicador se incluye para valorar el esfuerzo que hacen las entidades territoriales de generar rentas propias, pues el solo indicador de transferencias

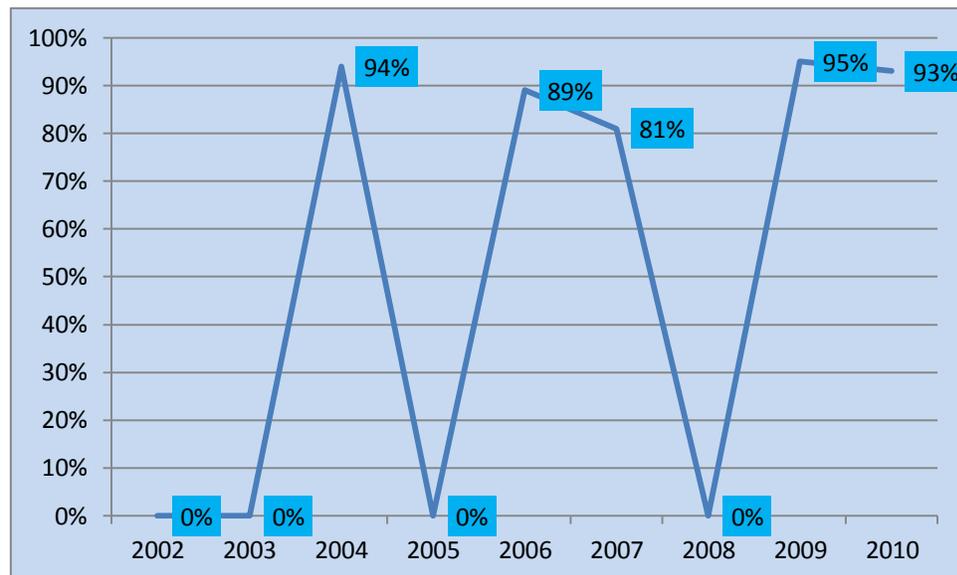


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



dejaría incompleto el análisis. El porcentaje de recursos propios del municipio para los años 2006 fue del 16.98%, en el 2007 de 24.11% lo cual indican que los ingresos tributarios son insuficientes para financiar los planes de desarrollo. Para el año 2008 no hay datos y para el año 2009 es del 12% pero en el año 2010 es del 94% lo cual refleja que hubo una política de recaudo de la administración de turno por la exigencia que le hacia el escenario financiero de la reestructuración de pasivos.

Gráfico No 82. Porcentaje Del Gasto Total Destinado A Inversión



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.

El indicador de magnitud de la inversión pública permite cuantificar el grado de inversión que hace la entidad territorial, respecto del gasto total. Se espera que este indicador sea superior a 50%, lo que significa que más de la mitad del gasto se está destinando a inversión. Para el cálculo de este indicador se entiende como inversión no solamente la formación bruta de capital fijo sino también lo que se denomina inversión social, la cual incluye el pago de nómina de médicos y maestros, capacitaciones, subsidios, dotaciones escolares, etc.



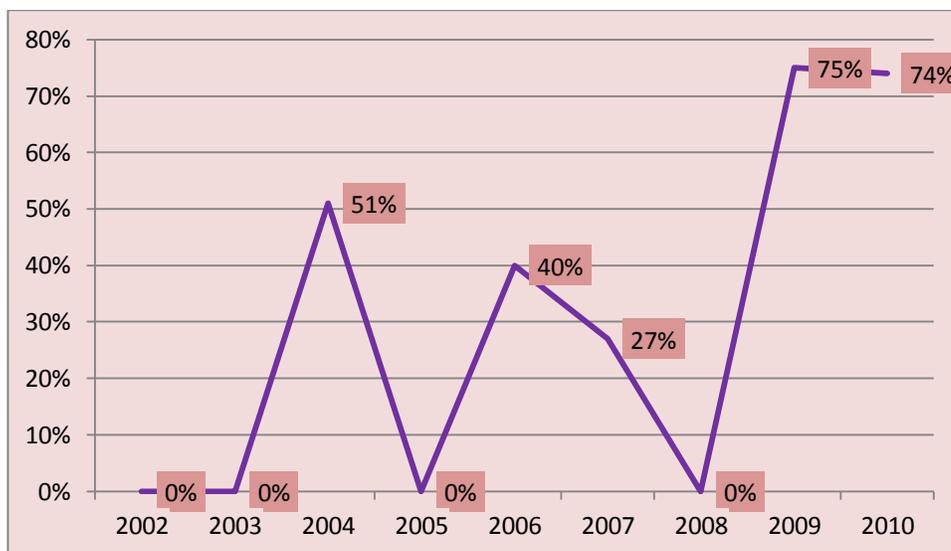
PLAN DE SALUD TERRITORIAL



independientemente de las fuente de financiación. El municipio de la Jagua de Ibirico a destinado a inversión más del 80% como habría de esperarse para lograr el crecimiento de la entidad territorial. Para el 2009 y 2010 el indicador es relativamente cercano a los años anteriores al 2007.

En un sentido más amplio, la inversión pública comprende tanto los gastos destinados a incrementar, mantener o mejorar las existencias de capital físico de dominio público destinado a la prestación de servicios sociales (ejemplo: hospitales, escuelas y vivienda), así como el gasto destinado a incrementar, mantener o recuperar la capacidad de generación de beneficios de un recurso humano (ejemplo: educación, capacitación, nutrición, etc.). Es importante aclarar que el concepto de inversión social se diferencia del concepto de inversión de las Cuentas Nacionales, donde se incluyen los gastos en capital no físico —esto es, en capital humano— que, al igual que los gastos en capital físico, mejoran o incrementan la capacidad de producción o de prestación de servicios de la economía.

Grafico No 83. Capacidad De Ahorro, La Jagua De Ibirico, Cesar



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Finalmente, el indicador de capacidad de ahorro es el balance entre los ingresos corrientes y los gastos corrientes y es igual al ahorro corriente como porcentaje de los ingresos corrientes. Este indicador es una medida de la solvencia que tiene la entidad territorial para generar excedentes propios de libre destinación que se destinen a inversión, complementariamente al uso de transferencias de la Nación y a financiar los procesos de reestructuración de los pasivos y créditos. Se espera que este indicador sea positivo, es decir, que las entidades territoriales generen ahorro.

Este indicador incluye no solamente los ingresos corrientes de libre destinación de que habla la ley 617 de 2000, sino también aquellos que legalmente no tienen destinación forzosa para inversión, estén o no comprometidos en alguna destinación específica por acto administrativo. A su vez, el indicador incluye dentro de los gastos de funcionamiento las transferencias a los órganos de control (asambleas, contralorías, personerías y concejos), los gastos de funcionamiento de la administración central, según la ley 617 de 2000, las transferencias para funcionamiento a las entidades y los gastos ocasionados por indemnizaciones por retiros de personal originados en los programas de saneamiento fiscal y financiero suscritos por las entidades territoriales, y el pago de pensiones.

Como se desprende, los ingresos corrientes y gastos corrientes para calcular la capacidad de ahorro son más amplios que los ingresos y gastos de funcionamiento que se utilizan para calcular el indicador de cumplimiento del límite legal de que habla la ley 617/00. En este sentido, el indicador es complementario al de cumplimiento a los límites de gasto y mide si las entidades territoriales están realmente generando excedentes para inversión, después de cubrir los gastos de funcionamiento de la administración central, atender los compromisos derivados de los acuerdos de reestructuración de pasivos, apropiar los recursos para el pago de los pasivos pensionales y otros gastos corrientes. El municipio a pesar del gran

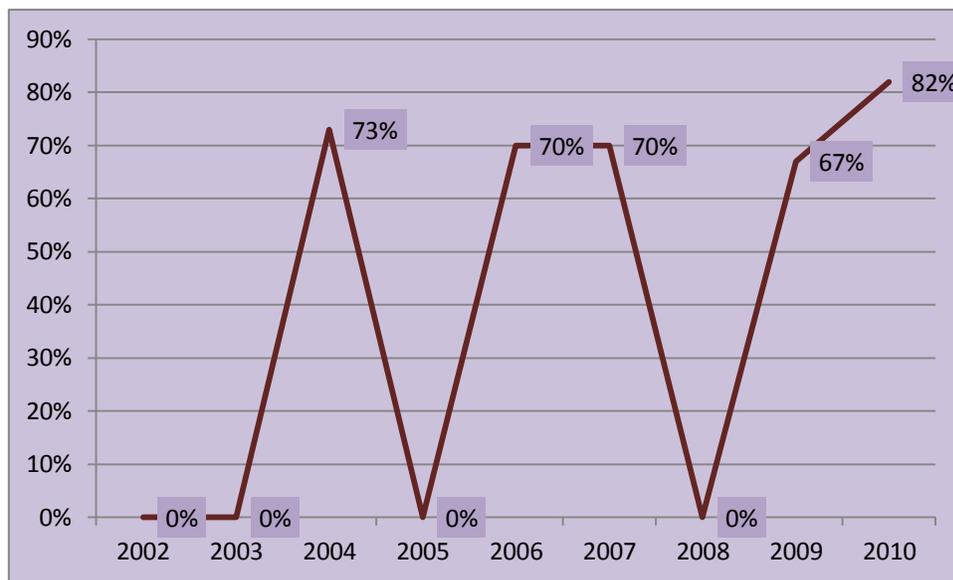


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



porcentaje destinado a inversión para los años 2006- 2007, se observa que los valores del indicador para los años 2009 y 2010 son los más altos de la serie de tiempo, en atención la exigencia que le hace la dirección de apoyo fiscal del Ministerio de Hacienda al firmar el acuerdo de reestructuración de pasivos.

Grafico No 84. Indicador De Desempeño Fiscal, La Jagua De Ibirico, Cesar



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.

El Indicador Sintético de Desempeño Fiscal, es el Indicador creado mediante la técnica estadística de componentes principales, por el cual se construyó una medida única que sintetiza los indicadores anteriores, en una escala de 0 a 100. El valor 0 significa un nulo desempeño fiscal, mientras que el valor 100 denota el máximo desempeño posible.

En el Indicador Sintético de Desempeño Fiscal de La jagua, se observa un promedio para el año 2006 – 2007 de 70.4, que es coherente con la baja utilización de ingresos corrientes , bajo nivel de endeudamiento y al descenso en utilización de transferencias, los mejores indicadores de desempeño están dados por el porcentaje de gastos de inversión sobre gastos totales y la capacidad de



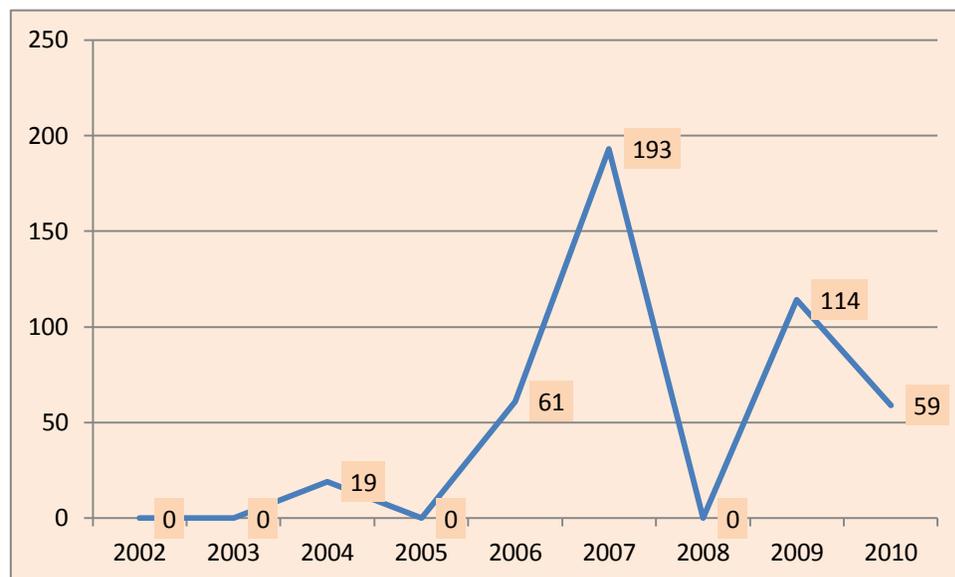
PLAN DE SALUD TERRITORIAL



ahorro, en este indicador no podemos dar una apreciación objetiva ya que la información presenta por el DNP presenta subregistro por lo tanto no se puede valorar la realidad .

De todas maneras el indicador de desempeño fiscal para el 2009 y 2010, supera a los años anteriores por el plan de desempeño que le fue impuesto al municipio al acogerse a la ley 550 de 2009.

Grafico No 85. Posición A Nivel Nacional, La Jagua De Ibirico, Cesar



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.

A pesar que durante el años 2004 logro posicionarse en el puesto 19, para los años 2006 y 2007 ha tenido un descenso suficientemente notorio, lo cual refleja un deterioro en el manejo de sus recursos fiscales.

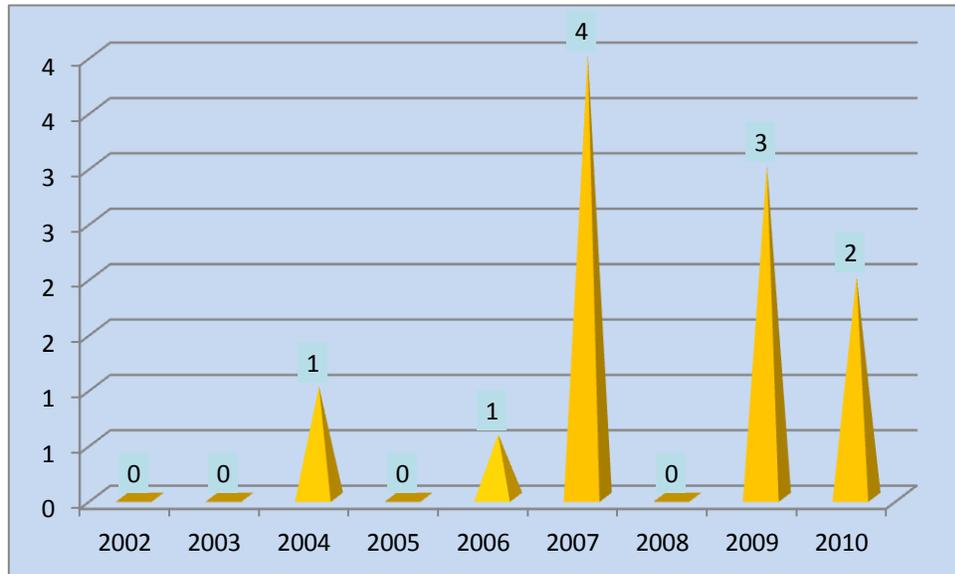
La mejoría observada en el 2009 y 2010, es resultado de la reestructuración de pasivos a la cual se sometió el municipio.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico No 86. Posición A Nivel Departamental, Municipio De La Jagua De Ibirico, Cesar



FUENTE: DNP, INDICADORES DE DESEMPEÑO FISCAL.

De igual forma a nivel departamental logro mantenerse en el 2004 y 2006 en el primer lugar, pero el 2007 sufrió un descenso al cuarto lugar y vuelve a posicionarse en el 3 lugar para el 2009 y en 2010 subió hasta el segundo lugar.

4.2. Análisis Coyuntural De Ingresos y Gastos

Tabla 111. Análisis Financiero Conyuntural 2011 Municipio De La Jagua De Ibirico

| (C) Concepto | Recursos Presupuestados | Recursos Ejecutados | % de Ejecución |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| (D) Ingresos Fis-Transferencias | 110.210.000 | 45.747.224,07 | 41.51% |
| (D) Ingresos Fis-Rendimientos | 85.499.067 | | 0% |
| (D) Ingresos Fis-Superavit | 3.367.780.022 | 853.457.625 | 25.34% |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | |
|---|---------------|---------------|--------|
| (D) Ingresos Fis- Cancelación Reservas | | | |
| (D) Ingresos -Rég. Subsidiado Continuidad | 2.804.489.956 | 2.804.489.956 | 100% |
| (D) Ingresos Reg. Subsidiado Ampliación | 157.611 | 157.611 | 100% |
| (D) Ingresos Transferencias Prestación Serv. Población Pobre | | | |
| (D) Transferencias Salud Pública | 280.602.027 | 280.602.027 | 100% |
| (D) Transferencias - Fosyga Vigencia | 2.192.513.000 | 1.517.273.120 | 69.20% |
| (D) Transferencias - Aportes Pastronales Ssf. | | | |
| (D) Transferencias - Otras | 51.500.000,00 | 43.132.752,56 | 83.75% |

El análisis coyuntural se realiza al comparar en una vigencia presupuestal lo presupuestado y lo ejecutado. En el caso del municipio de la Jagua para el año 2011, se puede apreciar el nivel de ejecución en la tabla anterior. El promedio de ejecución de todas las fuentes de financiación es del 74.26%, lo que indica que se ejecutó las 2/3 partes del presupuesto de la vigencia correspondiente, señalando que hay problemas en la gestión financiera del municipio.

4.3. Análisis De Gestión Financiera. Con base en los resultados del análisis estructural y coyuntural es posible iniciar el análisis de la gestión financiera del municipio en donde se evalúa la existencia de un organigrama de la Hacienda municipal en relación con la Secretaria de Salud municipal.

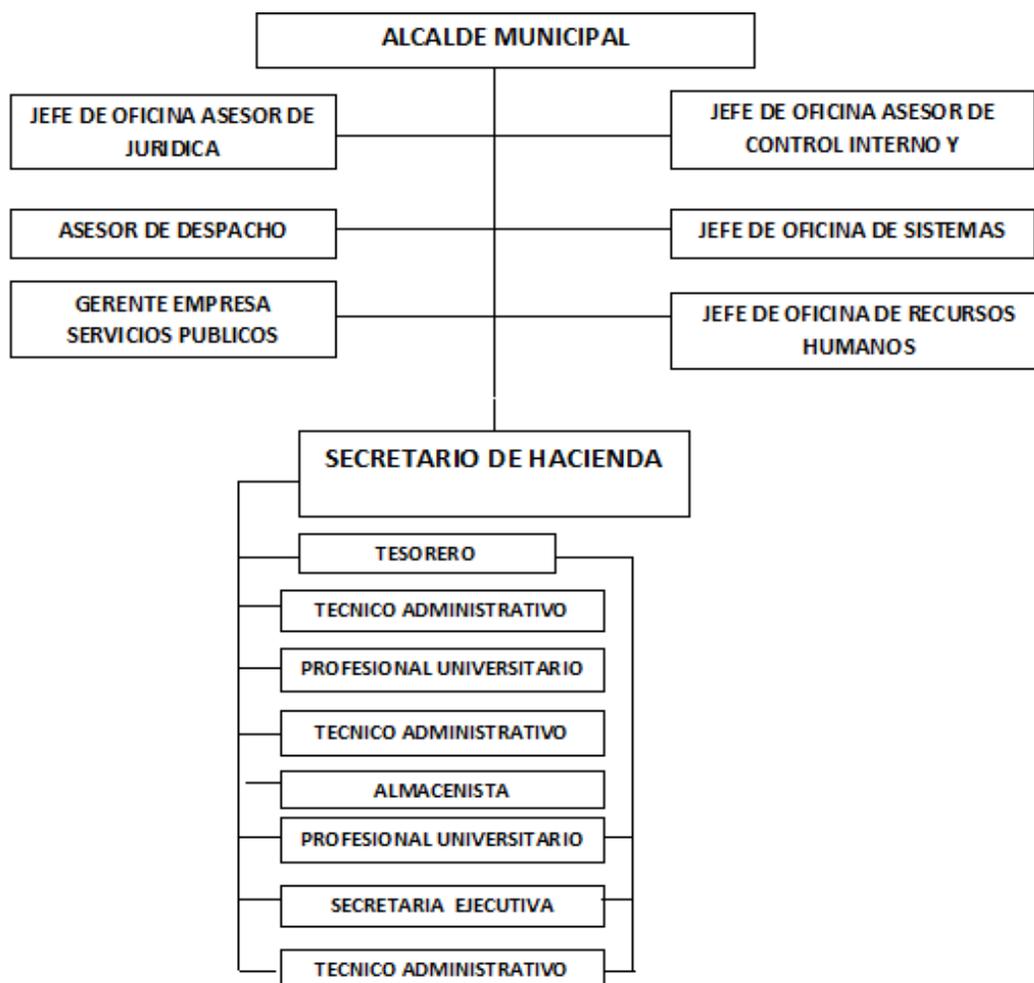


PLAN DE SALUD TERRITORIAL



En el siguiente organigrama se puede apreciar como esta estructura la Hacienda Municipal que para el caso es definida en el organigrama por la denominación de los cargos y no por las dependencias de la misma.

Grafico 87. Organigrama Secretaria de Hacienda



Los otros dos elementos que definen el análisis de la gestión financiera municipal es la verificación de la existencia de manuales de funciones por dependencia, cargo y procedimiento. Salvo lo exigido en el acuerdo de reestructuración de



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



pasivos en el 2009, en donde una de las medidas fue la reestructuración administrativa del municipio, no hay evidencias en el 2007 y 2008 de la racionalización y mejoramiento de la eficiencia del municipio.

4.4. Fuentes De Financiación. Para garantizar la viabilidad del Plan de Salud Municipal 2012-2015/2021, es necesario verificar la viabilidad financiera del mismo a través de la verificación de las fuentes de financiación del mismo en proyección al cuatrienio y al decenio.

Las principales fuentes de financiación del plan de salud en referencia por eje programático son las siguientes: Recursos Propios, Sistema General de Participación, Recursos Propios, Sistema General de Participación, FOSYGA, Transferencias Nacionales, Regalías, Rentas Cedidas, Cajas de Compensación, Rendimiento Financiero, Laboratorio de Salud Pública, Fondo de Riesgos Profesionales, SOAT, ECAT, Otros Recursos.

Para el caso del Plan de Salud Municipal la relación de las fuentes de financiación se exponen a continuación. En especial las fuentes del Sistema General de Participaciones, Regalías y FOSYGA.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



4.5. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIÓN

Tabla 111. Fuente De Financiacion General De Participaciones Municipio De La Jagua De Ibirico 2008-2012.

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 /2 |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| REGIMEN SUBSIDIADO | 2.534.343 | 2.669.151 | 2.758.192 | 2.811.285 | 2.856.360 |
| PRESTACION DE SERVICIOS | 189.335 | 203.857 | 207.934 | 214.526 | 220.962 |
| SALUD PÚBLICA | 226.607 | 240.071 | 244.479 | 284.922 | 258.765 |
| SALUD X ET | 2.950.286 | 3.113.080 | 3.210.606 | 3.310.733 | 3.336.087 |
| ALIMENTACION ESCOLAR | 144.086 | 136.552 | 188.296 | 160.098 | 197.917 |
| PRIMERA INFANCIA | 313.608 | 410.455 | | | |
| AGUA POTABLE | 732.047 | 782.232 | 816.284 | 881.280 | 468.236 |
| EDUCACIÓN | 695.719 | 720.488 | 1.006.821 | 874.828 | 1.268.718 |
| DEPORTE | 86.438 | 93.068 | 94.929 | 97.938 | 92.970 |
| CULTURA | 64.829 | 69.801 | 71.197 | 73.454 | 69.727 |
| LIBRE INVERSION | 1.134.155 | 1.267.892 | 1.468.614 | 1.352.523 | 1.727.234 |
| LIBRE DESTINACION | 888.347 | 992.466 | 1.161.190 | 1.352.523 | 1.452.727 |

Fuente: DNP-Conpes Secretaria de Salud Municipal.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico 88. Consolidado por Año.

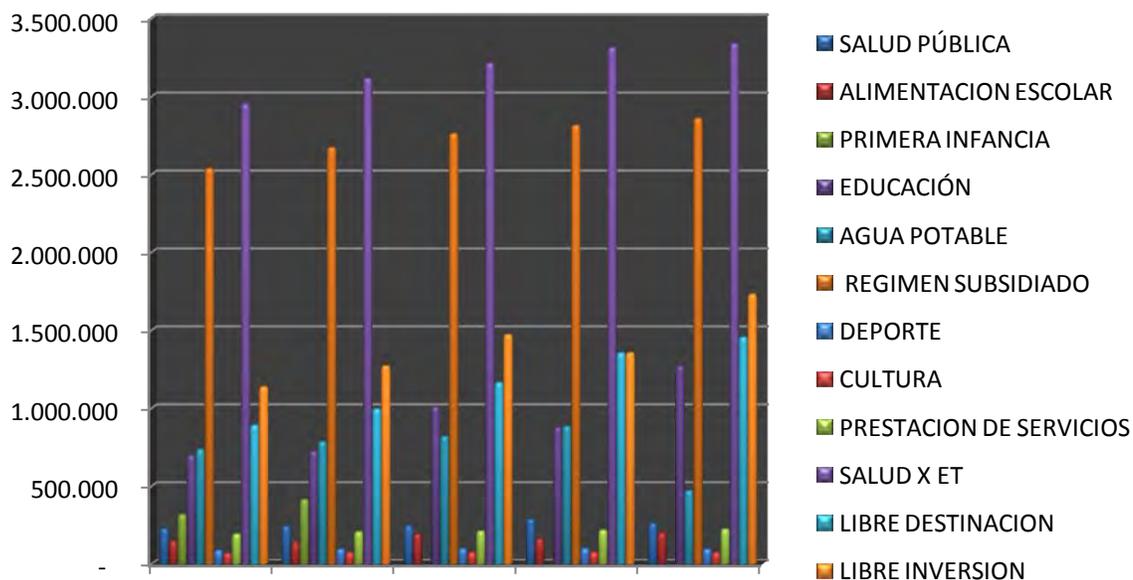
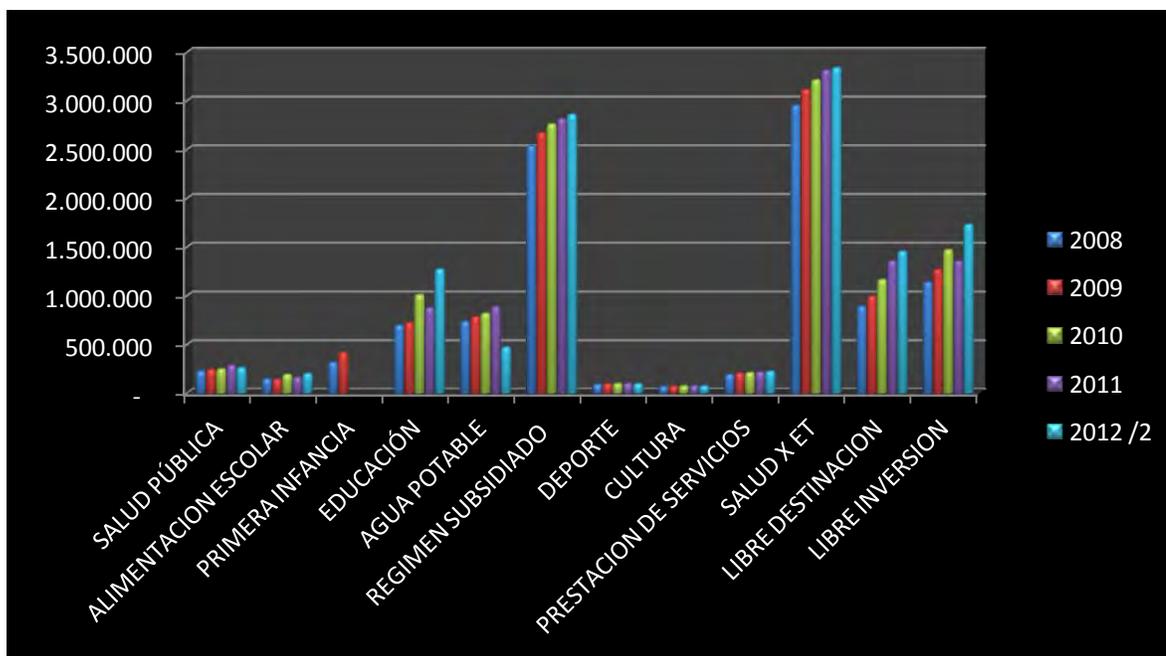


Grafico 89. Consolidado por Área.

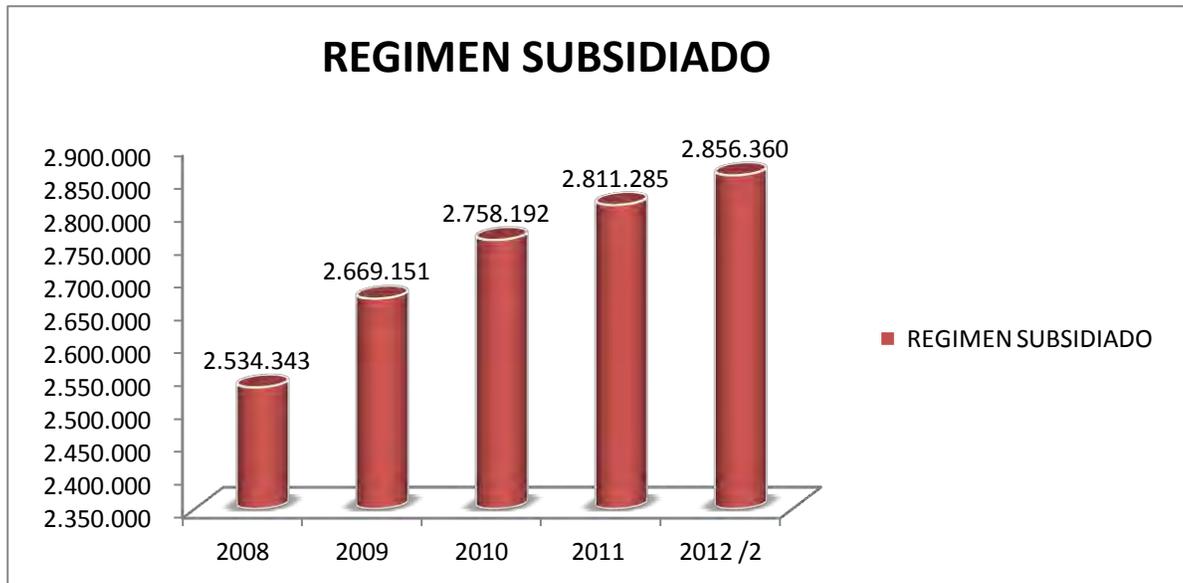




PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico N° 90. Régimen Subsidiado.



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| REGIMEN SUBSIDIADO | 2.534.343 | 2.669.151 | 2.758.192 | 2.811.285 | 2.856.360 |

Grafico 91. Prestación de Servicios.



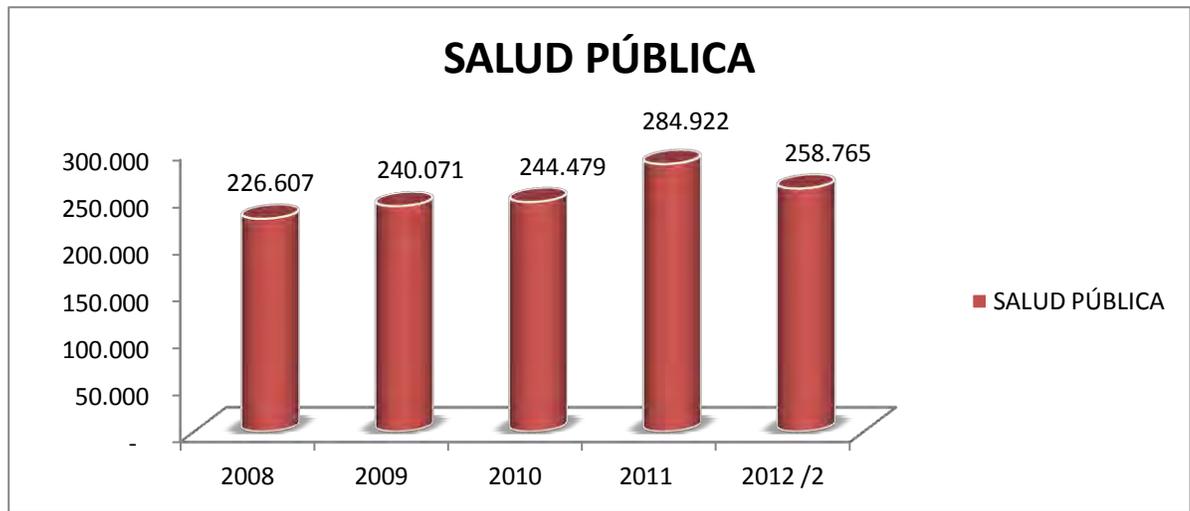
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| PRESTACION DE SERVICIOS | 189.335 | 203.857 | 207.934 | 214.526 | 220.962 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

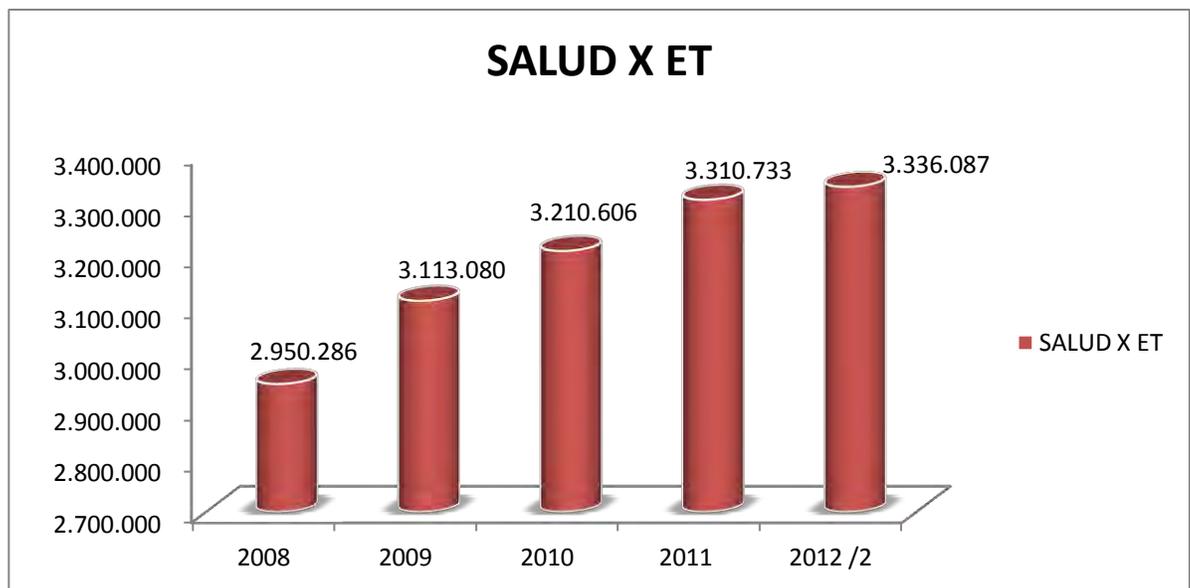


Grafico 92. Salud Pública



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|---------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| SALUD PÚBLICA | 226.607 | 240.071 | 244.479 | 284.922 | 258.765 |

Grafico 93. Salud por E.T.



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| SALUD X ET | 2.950.286 | 3.113.080 | 3.210.606 | 3.310.733 | 3.336.087 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

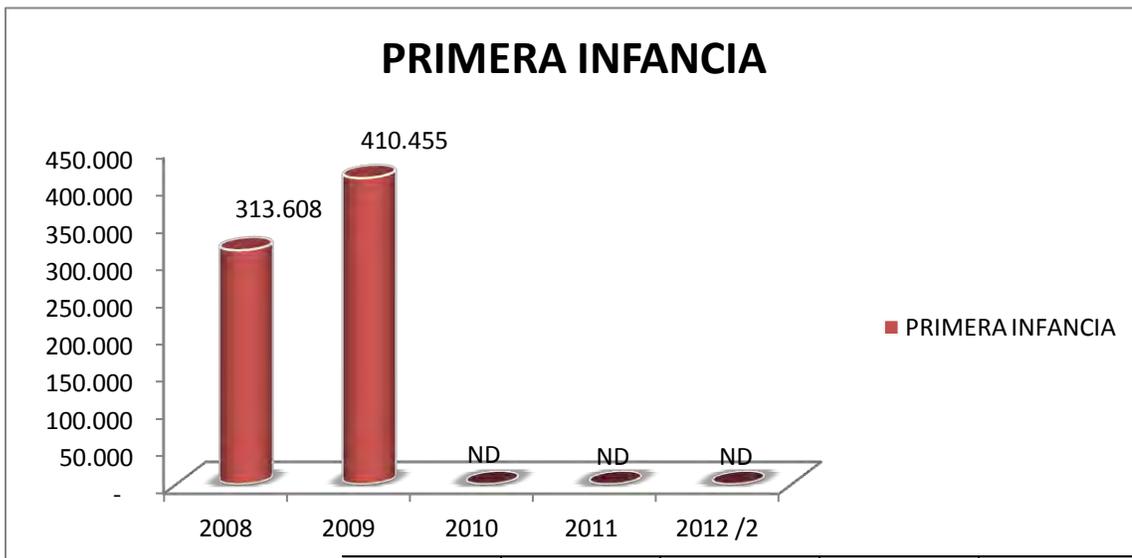


Grafica 94. Alimentación Escolar



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| ALIMENTACION ESCOLAR | 144.086 | 136.552 | 188.296 | 160.098 | 197.917 |

Grafica 95. Primaria Infancia.



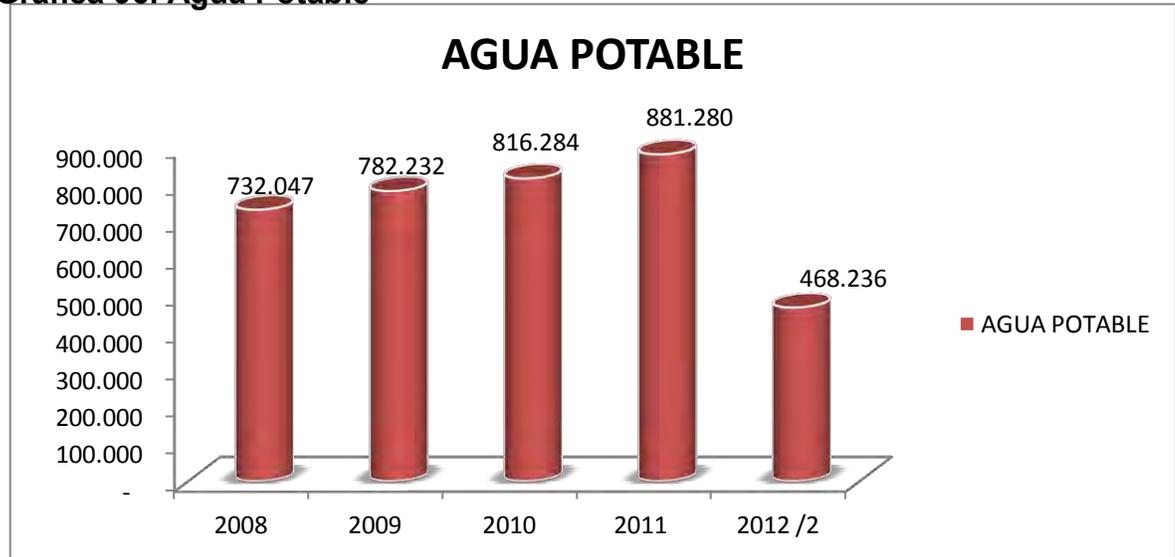
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|------------------|---------|---------|------|------|----------|
| PRIMERA INFANCIA | 313.608 | 410.455 | ND | ND | ND |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

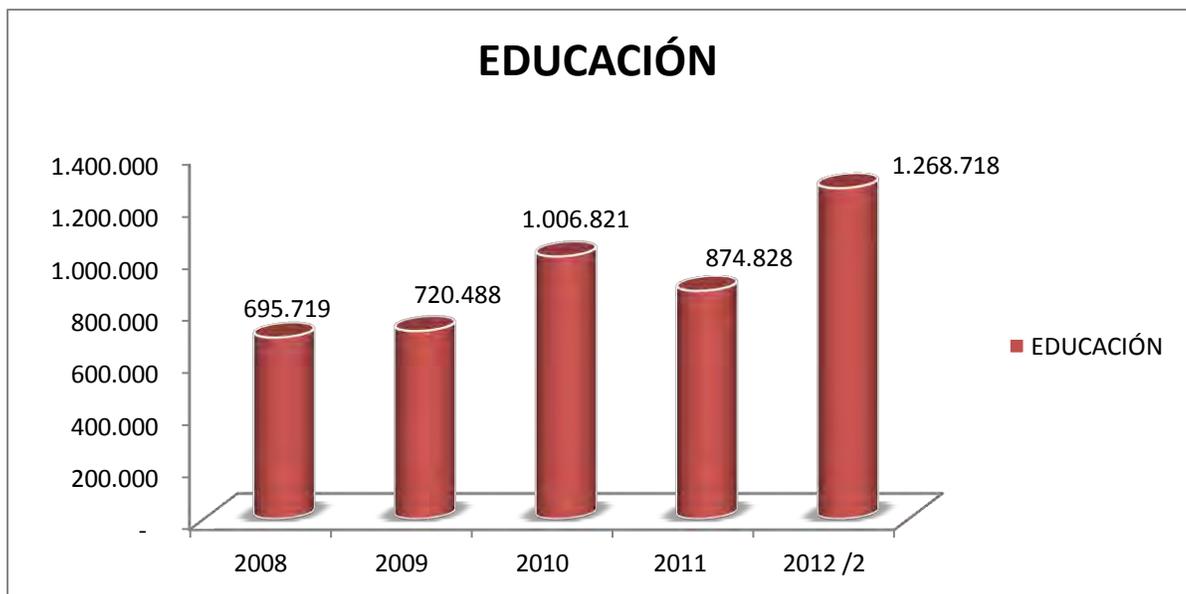


Grafica 96. Agua Potable



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|----------|
| AGUA POTABLE | 732.047 | 782.232 | 816.284 | 881.280 | 468.236 |

Grafica 97. Educación



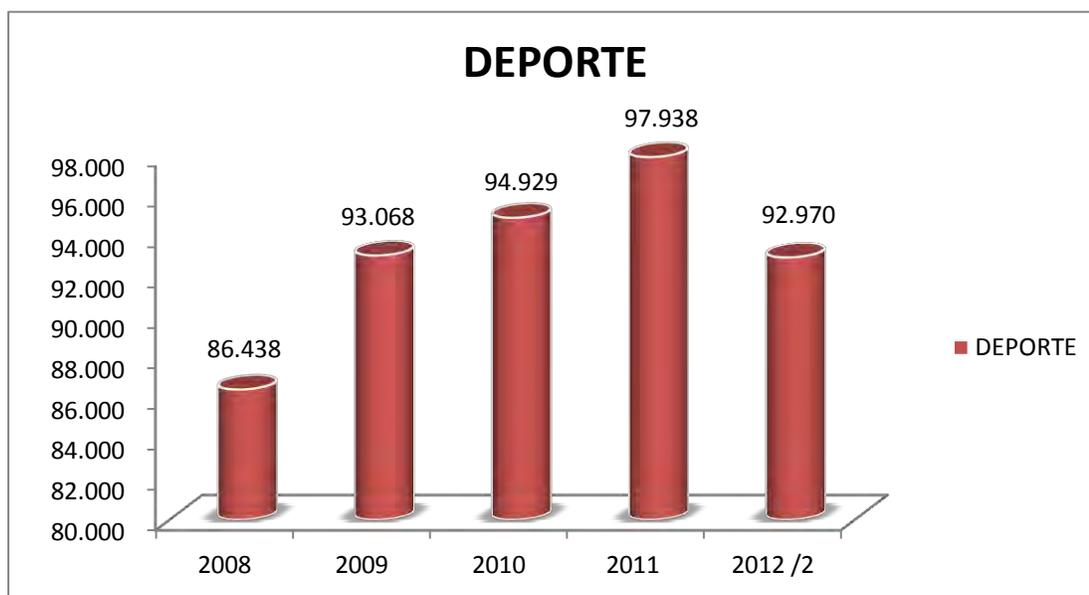
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|-----------|---------|---------|-----------|---------|-----------|
| EDUCACIÓN | 695.719 | 720.488 | 1.006.821 | 874.828 | 1.268.718 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL

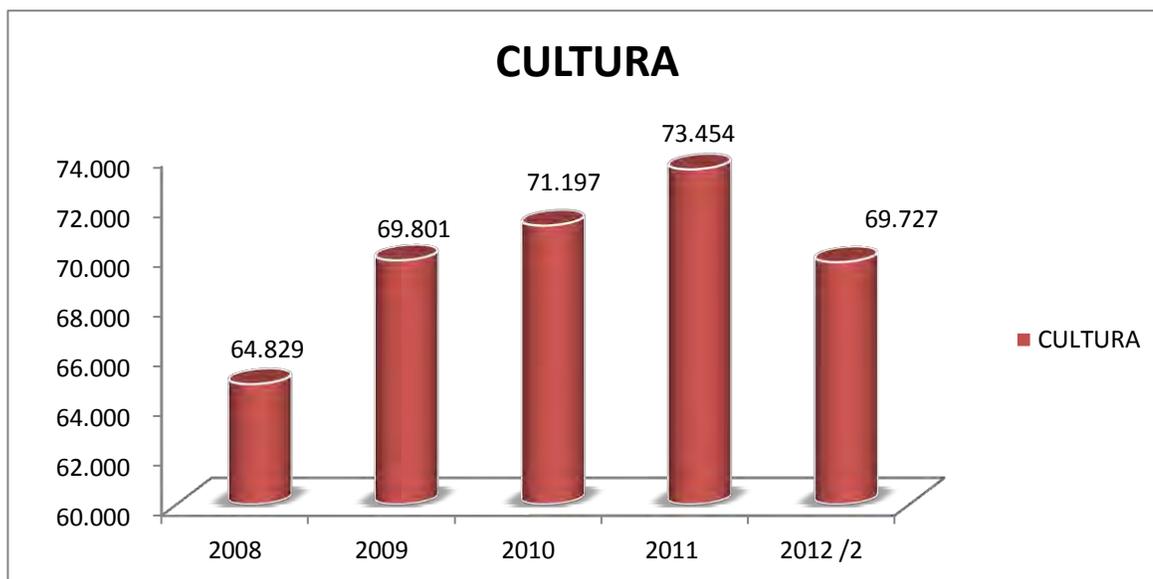


Grafico 98. Deporte.



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 /2 |
|---------|--------|--------|--------|--------|---------|
| DEPORTE | 86.438 | 93.068 | 94.929 | 97.938 | 92.970 |

Grafico 99. Cultura.



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 /2 |
|---------|--------|--------|--------|--------|---------|
| CULTURA | 64.829 | 69.801 | 71.197 | 73.454 | 69.727 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Grafico N°100. Libre Inversión.



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| LIBRE INVERSION | 1.134.155 | 1.267.892 | 1.468.614 | 1.352.523 | 1.727.234 |

Grafico 101. Libre Destinación



| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 / 2 |
|--------------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| LIBRE DESTINACION | 888.347 | 992.466 | 1.161.190 | 1.352.523 | 1.452.727 |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 112 PLAN DE INVERSIONES A PARTIR DEL POA 2012 (Pesos Corrientes)

| EJE PROGRAMATICO | Peso Relativo % | VALOR / PROG | Año | | | |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | 2012 | 2013 | 2014 | 2014 |
| ASEGURAMIENTO | 92,28% | 0 | 7.628.292.855 | 7.628.292.855 | 7.628.292.855 | 7.628.292.855 |
| PRESTACION Y DESARROLLO | 0,39% | | 32.000.000 | 32.000.000 | 32.000.000 | 32.000.000 |
| SALUD PUBLICA | 100,00% | | 496.150.000 | 496.150.000 | 496.150.000 | 496.150.000 |
| Estilos de Vida Saludable | 3,63% | 18.000.000 | | | | |
| Nutrición | 14,11% | 70.000.000 | | | | |
| Salud infantil | 18,66% | 92.600.000 | | | | |
| Salud Mental | 14,14% | 70.150.000 | | | | |
| Salud Oral | 7,42% | 36.800.000 | | | | |
| Gestión | 3,39% | 16.800.000 | | | | |
| Vigilancia Epidemiológica | 19,51% | 96.800.000 | | | | |
| Salud Sexual y Reproductiva | 19,15% | 95.000.000 | | | | |
| PROMOCION SOCIAL | 0,60% | 0 | 50.000.000 | 50.000.000 | 50.000.000 | 50.000.000 |
| RIESGOS PROFESIONALES | 0,36% | | 30.000.000 | 30.000.000 | 30.000.000 | 30.000.000 |
| EMERGENCIAS Y DESASTRES | 0,36% | | 30.000.000 | 30.000.000 | 30.000.000 | 30.000.000 |
| TOTAL PLAN | 100,00% | 496.150.000 | 8.266.442.855 | 8.266.442.855 | 8.266.442.855 | 8.266.442.855 |
| TOTAL CUATRENIO | | | 33.065.771.422 | | | |

FUENTE: POA 2012 MUNICIPIO LA JAGUA DE IBIRICO.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Tabla 113. PRESUPUESTO PLURIANUAL DE INVERSIONES JAGUA DE IBIRICO 2012-2015 (Miles de Pesos)

| FUENTE DE FINANCIACION | AÑO | | | | TOTAL |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
| ICDL Inversión | 100.000 | 150.000 | 250.000 | 400.000 | 900.000 |
| REGALIAS/1 | 36.000.000 | 2.000.000 | 3.500.000 | 5.500.000 | 47.000.000 |
| SGP REGIMEN SUBSIDIADO CONTINUIDAD | 3.092.768 | 3.185.551 | 3.281.118 | 3.379.551 | 12.938.988 |
| SGP PRESTACION DE SERVICIO PPNA SSF | 220.962 | 227.591 | 234.419 | 241.451 | 924.423 |
| FOSYGA | 4.193.767 | 4.319.580 | 4.449.167 | 4.582.642 | 17.545.156 |
| ETESA | 53.045 | 54.636 | 56.275 | 57.964 | 221.920 |
| APORTE DEL DPTO REGIMEN SUBSIDIADO | 113.516 | 116.921 | 120.429 | 124.042 | 474.908 |
| SGP SALUD PUBLICA | 282.656 | 291.136 | 299.870 | 308.866 | 1.182.528 |
| RECURSOS DE CAPITAL | 3.439.719 | 4.500.000 | 0 | 0 | 7.939.719 |
| TOTAL | 47.496.433 | 14.845.415 | 12.191.278 | 14.594.516 | 89.127.642 |

Fuente: Armonización de la Propuesta de Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015. A partir de la Matriz del DNP.



CAPITULO V

MONITOREO, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN, CONTROL Y RENDICION DE CUENTAS.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



CAPITULO V

MONITOREO, SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN, CONTROL Y RENDICION DE CUENTAS.

La finalidad de este capítulo es precisar los mecanismos de seguimiento, monitoreo y control del Plan Territorial de Salud del municipio de La Jagua de Ibirico del periodo comprendido entre el año 2012 a 2015/2021, al igual que la evaluación de la formulación del Plan Territorial de Salud para lo cual se describirán las estrategias, actividades y responsables de la ejecución y control del plan de salud.

5.1 Marco Normativo: Seguimiento y evaluación relacionados con la ejecución del Plan Territorial de Salud Pública.

El seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud del Municipio de La Jagua de Ibirico se debe realizar dando cumplimiento a lo estipulado dentro del marco normativo para seguimiento y evaluación, la ley 152 de 1994 la cual tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342, y en general por el capítulo 2 del título XII de la Constitución Política y demás normas constitucionales que se refieren al plan de desarrollo y la planificación.

En el artículo 12 de la ley orgánica 152 de 1994, se establecen las funciones del Consejo Nacional de Planeación, en las cuales se debe analizar y discutir el proyecto del Plan Nacional de Desarrollo, organizar y coordinar una amplia



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



discusión nacional, formular recomendaciones a las demás autoridades y organismos de planeación sobre el contenido y la forma del plan.

En general, la ley 715 de 2001, el artículo 2 de la ley 1122 de 2007 y el decreto 028 de 2008; orientan a la presentación de informes de gestión en las fechas previstas; de otra parte, según la resolución 425 de 2008, se deben acatar las medidas preventivas y correctivas igual que las sanciones previstas según los incumplimientos encontrados luego de cada rendición de cuentas. El seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud se realizara dando cumplimiento a lo estipulado en:

Ley 152 de 1994: Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. En el **artículo 41**, planes de acción en las entidades territoriales.

Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. En **artículo 89**, establece el Seguimiento y control fiscal de los recursos del Sistema General de Participaciones. Los departamentos, distritos y municipios, al elaborar el Plan Operativo Anual de Inversiones y el Presupuesto, programarán los recursos recibidos del Sistema General de Participaciones, cumpliendo con la destinación específica establecida para ellos y articulándolos con las estrategias, objetivos y metas de su plan de desarrollo.

Acto Legislativo 01 de 2001 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de salud.

El ministerio como ente evaluador podrá definir estímulos o exigir entre otras la firma de un convenio de cumplimiento o solicitar a la Superintendencia Nacional de salud y suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de gestión los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina.

El **Acto legislativo 4 de 2007**, por el cual se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, en el artículo 3 establece que el Gobierno Nacional definirá una estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto ejecutado por las entidades territoriales con recursos del Sistema General de Participaciones, para asegurar el cumplimiento de metas de cobertura y calidad. Esta estrategia deberá fortalecer los espacios para la participación ciudadana en el control social y en los procesos de rendición de cuentas.

El **Decreto 028 de 2008** define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones contemplados en el plan de salud territorial, mencionado en los artículos 7 (capítulo 3), 18, 19 y 20; en donde:

- El artículo 7 establece que la actividad de monitoreo estará a cargo del ministerio respectivo para los servicios de educación y salud. En los demás sectores será responsabilidad del Departamento Nacional de Planeación. Las actividades de seguimiento y control integral estarán a cargo de la Unidad Administrativa Especial de Monitoreo, Seguimiento y Control, en coordinación con el ministerio sectorial respectivo o el Departamento Nacional de Planeación, según el caso.
- En el artículo 18 se especifica el proceso de rendición de cuentas sobre el monitoreo, auditorías y evaluación. El informe de resultados de seguimiento y en adopción de medidas preventivas o correctivas, realizarán rendiciones de cuentas a la ciudadanía, en donde se presenten la evaluación de los



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



resultados de los compromisos adquiridos en los planes de desempeño contemplados en el artículo 19 y artículo 20, los resultados del proceso de monitoreo, seguimiento y control integral.

Los Decretos 2918 de 2008 y 168 de 2009 son considerados decretos reglamentarios del decreto 028 de 2008 por medio del cual se dictan disposiciones en relación con el ejercicio de las actividades de monitoreo y seguimiento, en los sectores de educación, salud y en las actividades de inversión financiadas con recursos de propósito general y asignaciones especiales del Sistema General de Participaciones, se reglamentan las condiciones generales para calificar los eventos de riesgo que ameritan la aplicación de medidas preventivas o correctivas, y se dictan otras disposiciones.

En la **Resolución 425 de 2008**, en el capítulo V, se establece el Seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, en los artículos 13 y 14, en los cuales se menciona que las entidades territoriales deberán cumplir los indicadores de gestión y de resultados los cuales estarán sujetas a la presentación de informes, procesos, medidas preventivas y correctivas, rendición de cuentas y sanciones.

Para el año **2011**, la **ley 1438**, define los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan.

5.2 ESPACIOS E INSTRUMENTOS DE IVC

Art. 13, Resolución 425 de 2008: El seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial corresponde, en el ámbito de sus competencias, a las autoridades previstas en la Ley 715 de 2001 y el Decreto 020 de 2008 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyen o reglamenten.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Art. 14, Resolución 425 de 2008: El seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, utilizara todos los instrumentos descritos en la presente resolución. Además, empelara los siguientes instrumentos complementarios:

1. **Informe de Gestión:** a través de este se integraran los resultados alcanzados por las entidades territoriales, siguiendo para el efecto, el flujo y periodicidad establecido por el Anexo técnico No. 5 de la presente resolución.
2. **Rendición de Cuentas:** las direcciones territoriales de salud departamentales, distritales y municipales y las entidades administradoras de planes de beneficio e instituciones prestadoras de salud deberán realizar por lo menos dos (2) veces al año actividades de rendición de cuentas.

En la **Resolución 425 de 2008**, en el capítulo V, se instauran los instrumentos para el seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y los instrumentos para la ejecución de los planes operativos anuales (**POA - POAI**), contenidos en los anexos técnicos números 3 y 4.

Con el objeto de ampliar la información en base a lo relacionado al proceso de monitoreo, seguimiento y control se describen cada proceso:

Monitoreo. Comprende la recopilación sistemática de información, su consolidación, análisis y verificación, para el cálculo de indicadores específicos y estratégicos de cada sector, que permitan identificar acciones u omisiones por parte de las entidades territoriales que puedan poner en riesgo la adecuada utilización de los recursos del Sistema General de Participaciones.

Seguimiento. Comprende la evaluación y análisis de los procesos administrativos, institucionales, fiscales, presupuestales, contractuales y sectoriales de las



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



entidades territoriales, las cuales permiten evidenciar y cualificar la existencia de eventos de riesgo que afectan o puedan llegar a afectar la ejecución de los recursos, el cumplimiento de las metas de continuidad, cobertura y calidad en la prestación de servicios.

Control. Comprende la adopción de medidas preventivas y la determinación efectiva de los correctivos necesarios respecto de las entidades territoriales, que se identifiquen en las actividades de monitoreo o seguimiento, orientadas a asegurar la adecuada ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones, el cumplimiento de las metas de continuidad, cobertura y calidad y la adecuada prestación de los servicios a su cargo.

En el Decreto 168 de 2009, por medio del cual se dictan disposiciones en relación con el ejercicio de las actividades de monitoreo y seguimiento a que se refiere el Decreto 028 de 2008, en los sectores de educación, salud y en las actividades de inversión financiadas con recursos de propósito general y asignaciones especiales del Sistema General de Participaciones, en este decreto se reglamentan las condiciones generales para calificar los eventos de riesgo que ameritan la aplicación de medidas preventivas o correctivas.

Para desarrollar la evaluación de los planes de salud territorial, es necesario contar con herramientas que permitan el proceso y contar con los siguientes documentos:

- Ley 715 de 2001
- Ley 152 de 1994
- Ley 1122 de 2007, Decreto 3039 de 2007
- Resolución 0425 de 2008 capítulo V (artículos 14)
- Programa de Gobierno
- Plan de Desarrollo Territorial



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- Plan Nacional de Salud Pública
- Plan de Salud Territorial
- Documento que certifique la convocatoria, renovación y/o conformación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud – CTSSS
- Concepto emitido por el Consejo Territorial de Planeación acerca del Plan Salud Territorial
- Actas y/o soportes del proceso de participación y concertación llevado a cabo durante la formulación del Plan de Salud Territorial
- Soporte del ejercicio de viabilidad financiera realizado para la formulación del Plan de Salud Territorial (Marco Fiscal de Mediano Plazo – MFMP, certificación de recursos de otras fuentes asignados al plan, indicadores financieros, presupuesto de ingresos y gastos, plan financiero, plan de inversiones, certificación de las cuentas maestras)
- Matriz utilizada para la priorización de problemas y necesidades

5.3 METAS E INDICADORES DE GESTIÓN DEL MPS 2012 – 2015/2021

Se deben describen los hallazgos encontrados en el Plan Operativo Anual-POA 2012 y Plan Operativo Anual de Inversiones- POAI 2012, se conservaran algunas metas, se propondrán otras y se distribuirán mejor los recursos según los pesos asignados por cada área y proyecto, de acuerdo al análisis de la situación de salud actual realizada en el capítulo 2, del presente Plan de Salud Territorial.

5.3.1. POA: De acuerdo a lo establecido en la Resolución 425 de 2008 todo Plan de Salud Territorial debe contener un Plan Operativo Anual en Salud (POA), en donde se describan los proyectos incluidos en cada área subprogramática.

En desarrollo de la circular 05 de enero 26 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, el municipio de La Jagua de Ibirico Cesar, procedió a elaborar



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



y aprobar el Plan Operativo de Inversiones (POA) 2012, en cumplimiento de la directriz nacional, a propósito de el Plan Decenal de Salud Pública.

5.3.2 Relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las metas de resultado y producto propuestas se encuentran relacionadas con los objetivos establecidos en la Declaración del Milenio, las cuales se profundizan en mayor detalle en el capítulo 3. A partir de la matriz de armonización que para tal efecto elaboro el DNP.

5.4 GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN MUNICIPAL DE LA JAGUA DE IBIRICO 2012-2015/2021.

La evaluación del Plan Territorial de Salud del municipio de La Jagua de Ibirico elaborado por la administración local para la vigencia 2012 – 2015/2021, se debe realizar una vez que se tenga la versión definitiva en su fase de aprobación con la metodología del Ministerio de Protección Social.

Para realizar la calificación se debe tener en cuenta en cada uno de los ejes programáticos la formulación de indicadores de insumo, proceso, producto y resultado. Adicionalmente, la participación intersectorial, la inclusión de las prioridades establecidas por el Plan Nacional de Salud Pública - PNSP, indicadores de género, de ciclo vital, de situación de grupos étnicos y en desplazamiento, cobertura de aseguramiento en salud, y líneas de base.

La Guía Metodológica para la evaluación de la formulación de los planes de salud territoriales. Período 2012-2015/2021, comprende los siguientes elementos:

- Participación social en el proceso de formulación del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



- Correspondencia del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021, con los compromisos de salud del programa de gobierno;
- La Visión estratégica del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Misión estratégica del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Diagnóstico de situación de salud, financiero e institucional del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Objetivos formulados en el Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Correspondencia del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021 con las competencias de la entidad territorial;
- Consistencia entre el diagnóstico de situación de salud del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021 con el componente estratégico y de inversión en salud;
- Coherencia interna del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Articulación y armonización del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Metas de resultados y productos incluidas en el Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Viabilidad financiera del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021;
- Los resultados de la evaluación del Plan de Salud Territorial 2012 – 2015/2021.

5.5 VALORES AGREGADOS Y FORMULACION PLAN DE MEJORAMIENTO

5.5.1 Formulación Plan De Mejoramiento. Una vez realizada la evaluación del plan de salud territorial, se debe proceder a formular el plan de mejoramiento el cual se deberá complementar, profundizar y formalizar de manera concertada mediante la suscripción del plan de mejoramiento.

Los planes de mejoramiento del nivel Departamental y Distrital serán remitidos a los referentes nacionales de las distintas Direcciones del Ministerio de la



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud, los planes de mejoramiento del nivel municipal serán remitidos a los profesionales delegados de liderar los distintos ejes programáticos, para su respectivo seguimiento.

ANEXO TECNICO 5 (RES 425)

Teniendo en cuenta el cumplimiento del anexo 5 de la resolución 425, el municipio de La Jagua de Ibirico le corresponderá generar dos informes semestrales por cada año, los cuales se remitían al Departamento y a su vez al MPS, por lo anterior el municipio generara un solo boletín informativo de gestión correspondiente a los años 2012 a junio de 2015, dando un cumplimiento parcial de la información requerida y solicitada.

TABLA 114. ANEXO 5 RESOLUCION 0425 DE 2008.

| MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL | | | | | | |
|---|-----------------------|----------------------|--|-----------------------|-------------------------------|--|
| ANEXO 5. CRONOGRAMA INFORMES DE GESTIÓN DE LOS PLANES DE SALUD TERRITORIAL* | | | | | | |
| TIPO DE INFORME | FLUJO DE INFORMACIÓN | | | | FECHA LIMITE ULTIMO DIA HÁBIL | OBJETIVO DE INFORME |
| | MUNICIPIOS Recibe de: | DISTRITOS Recibe de: | DEPARTAMENTOS Recibe de: MUNICIPIO DE LA JAGUA DE IBIRICO | MINISTERIO Recibe de: | | |
| Plan de desarrollo 2012 – 2015/2021, plan indicativo de salud territorial 2012 – 2015/2021, plan plurianual de inversiones en salud territorial 2012 – 2015/2021, plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2011, Acta de aprobación | | | Municipios | | Junio 15 de 2012 | Evaluar la coherencia, pertinencia, consistencia, claridad y orientación a resultados de los planes territoriales de salud |
| | | | | Departamentos | Julio 30 de 2012 | |
| | | | | Distritos | | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| CTSSS | | | | | | |
|--|---------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|---|
| Retroalimentación del proceso de formulación de planes de salud territoriales 2012 – 2015/2021 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Agosto 30 de 2012 | Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial para disponer en todos las entidades territoriales del país de planes de salud coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a resultados. |
| Informe de Gestión plan de salud territorial II semestre y año 2012 | | | Municipios | | Diciembre 15 de 2012 | Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2012 de los planes de salud territorial |
| | | | | Departamentos | Diciembre 15 de 2012 | |
| | | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Enero 15 de 2013 | |
| Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial II semestre y Evaluación del año 2013 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Enero de 2013 | Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial de la vigencia 2013 |
| Acta de aprobación y plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2013 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | | Enero 30 de 2013 | Disponer en todos las entidades territoriales del país de planes operativos en salud vigencia 2013, coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a los resultados del plan indicativo en salud del cuatrienio. |
| Informe de gestión plan de salud territorial del I semestre año 2013 | | | Municipios | | Julio de 2013 | Seguimiento al I semestre ejecución y evaluación del año 2013 de los planes de salud territorial |
| | | | | Departamentos | Julio de 2013 | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | | |
|--|---------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| | | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Agosto de 2013 | |
| Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial I semestre año 2013 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Septiembre de 2013 | Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial II Semestre de la vigencia 2013 |
| Informe de gestión plan de salud territorial del II semestre año 2013 | | | Municipios | | Diciembre 15 de 2013 | Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2013 de los planes de salud territorial |
| | | | | Departamentos | Diciembre 15 de 2013 | |
| | | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Enero 15 de 2014 | |
| Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial II semestre y evaluación año 2014 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | | Enero de 2014 | Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial de la vigencia 2014 |
| Acta de aprobación y plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2014 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | | Enero 30 de 2014 | Disponer en todas las entidades territoriales del país de planes operativos en salud vigencia 2014, coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a los resultados del plan indicativo en salud del cuatrienio. |
| Informe de gestión plan de salud territorial del I semestre año 2014 | | | Municipios | | Julio de 2014 | Seguimiento al I semestre ejecución y evaluación del año 2014 de los planes de salud territorial |
| | | | | Departamentos | Julio de 2014 | |
| | | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Agosto de 2014 | |
| Retroalimentación informe de gestión plan de salud territorial I semestre año 2014 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Septiembre de 2014 | Emprender las acciones correctivas necesarias durante el segundo semestre 2014 |
| Informe de gestión plan de salud territorial del II semestre año 2014 | | | Municipios | | Diciembre 15 de 2014 | Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2014 de los planes de salud territorial |
| | | | | Departamentos | Diciembre 15 de 2014 | |



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



| | | | | | 2014 | |
|--|---------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--|
| | | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Enero 15 de 2015 | |
| Retroalimentación informe de gestión plan de salud territorial II semestre y evaluación año 2014 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Enero de 2015 | Incorporar acciones correctivas y de mejoramiento en el proceso de formulación de los planes de salud territorial de la vigencia 2015 |
| Acta de aprobación y plan de acción en salud, plan operativo de inversiones en salud vigencia 2015 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | | Enero 30 de 2015 | Disponer en todos las entidades territoriales del país de planes operativos en salud vigencia 2015, coherentes, pertinentes, consistentes, claros y orientados a los resultados del plan indicativo en salud del cuatrienio. |
| Informe de gestión plan de salud territorial del I semestre año 2015 | | | Municipios | | Julio de 2015 | Seguimiento al I semestre ejecución y evaluación del año 2015 de los planes de salud territorial |
| | | | | Departamentos | Julio de 2015 | |
| | | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Agosto de 2015 | |
| Retroalimentación informe de gestión plan de salud territorial I semestre año 2015 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Septiembre de 2015 | Emprender las acciones correctivas necesarias durante el segundo semestre 2015 |
| Informe de gestión plan de salud territorial del II semestre año 2015 | | | Municipios | | Noviembre 15 de 2015 | Seguimiento al II semestre ejecución y evaluación del año 2015 de los planes de salud territorial |
| | | | | Departamentos | Noviembre 30 de 2015 | |
| Retroalimentación Informe de gestión plan de salud territorial II semestre y evaluación año 2015 | Departamentos | Ministerio de Protección Social | Ministerio de Protección Social | Entidades de Control | Diciembre 14 de 2015 - Art. 112 PND | Facilitar la formulación en las entidades territoriales de planes de desarrollo y planes de de salud territorial 2016 - 2020. |

*Armonizar con la Circular 05 de enero 2012.



PLAN DE SALUD TERRITORIAL



Finalmente, se asume por la administración municipal que con la aprobación del Plan de Salud Municipal de la Jagua de Ibirico 2012-2015/2021 se deben adoptar, adaptar e implementar las reglamentaciones que expedida el nivel nacional, especialmente, del Ministerio de Salud y Protección Social, en particular, los desarrollos de los artículo 144° (De la reglamentación e implementación) de la ley 1435 de 2011.