

**PLAN DE SALUD TERRITORIAL
PURISIMA - CORDOBA
2008-2011
DECRETO N° 057 JUNIO 20 DEL 2008**

Por el cual se adopta el Plan de Salud Territorial, y acciones que integran el plan de Salud publica de intervenciones colectivas a cargo del municipio de Purísima – Córdoba, 2008 – 2011.

El alcalde del municipio de Purísima – Córdoba en uso de sus atribuciones constitucionales y legales en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la constitución política y los artículos 154 de la ley 100 de 1993, 42 de la ley 715 del 2001 y 33 de la ley 1122 de 2007.

DECRETA

Artículo 1.- El Plan de Salud Territorial, y acciones que integran el plan de Salud publica de intervenciones colectivas a cargo del municipio. 2008 – 2011. Adoptase el plan de salud territorial para el cuatrienio 2007 – 2010, contenido en el documento que forma parte integral del presente decreto.

Artículo 2.- Implementación. La Secretaria de Desarrollo Social del municipio deberá desarrollar, adoptar o ajustar los documentos técnicos y expedir los actos administrativos que se requieren para facilitar la implementación del plan de salud territorial, y acciones que integran el plan de Salud publica de intervenciones colectivas a cargo del municipio. 2008 – 2011.

Artículo 3.- Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Purísima – Córdoba a los 20 días del mes de Junio del 2008.

NESTOR LEMUS PATERNINA
Alcalde del Municipio de Purísima

**PLAN DE SALUD TERRITORIAL
PURÍSIMA - CÓRDOBA
2008-2011**

**CAPITULO I
Alcance**

En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007 el decreto 3039 de 2007, la Ley 1151 de 2007, resolución 0425 del 2008, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, y del sector salud, y las Direcciones Locales de Salud, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, y los entes territoriales de acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud. Que incluyen:

1. **Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud**, en coherencia con los indicadores de situación de salud del municipio de Purísima, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

2. Define las **responsabilidades en salud a cargo del municipio** de Purísima, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS a nivel municipal, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan de Desarrollo Territorial.

De acuerdo con lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las **direcciones territoriales de salud**, a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, a los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, **adoptar** las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública y **adaptarlas** a los municipios.

Para ello se formulará y aprobará el **Plan de Salud Territorial** a cargo de las Direcciones Territoriales de Salud, que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles epidemiológicos de salud territorial. Además, se adoptará el sistema

de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Por tanto, la Dirección Territorial de Salud del municipio de Purísima, previa consulta al Ministerio de la Protección Social, DASSSALUD de Córdoba, Concejo Territorial de Seguridad Social en Salud, etc,... y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan de Salud Territorial 2008-2011, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Purisimera, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan de Salud Territorial del municipio de Purísima 2008-2011, en coherencia con las políticas del Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles.

CAPITULO II GENERALIDADES

El Plan de Salud Territorial, es el plan sectorial de salud del municipio de Purisima, por lo tanto es parte integral de la **dimensión social** del Plan de Desarrollo Territorial y se rige en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución y control por la ley orgánica del plan de desarrollo - ley 152 de 1994 – asimismo por lo establecido por las leyes 715 de 2001 – 1122 de 2007 – 1151 de 2007 y decreto 3039 de 2007 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

PROPOSITOS

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

ENFOQUES

El Plan de Salud Territorial integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano y del

municipio de Purisima - Cordoba. En este sentido, el Plan de Salud territorial debe entenderse como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

Para ello se articulan los siguientes enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población.

1. Enfoque poblacional

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

2. Enfoque de determinantes

Los determinantes son un **conjunto de factores** que inciden de forma **directa** en el estado de **salud de los individuos y de las poblaciones**. 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:

- 1.- Ambientales,
- 2.- Comportamiento humano,
- 3.- La herencia y
- 4.- Las respuestas de los servicios de salud.

Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

3. 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 estos, 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.

PRINCIPIOS

Los principios que guían el Plan de Salud Territorial del municipio de Purisima, son los siguientes:

Universalidad

Es la garantía del derecho a la salud con calidad para **todas las personas**, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

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.

Calidad

Es 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.

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.

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.

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 de 2001.

Participación social

Es la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y **control social** y evaluación del Plan, se deberá promover la vinculación efectiva de la población para garantizar que las prioridades en salud y bienestar territorial respondan a las necesidades sentidas de los grupos sociales.

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.

CAPITULO III LÍNEAS DE POLÍTICA

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, y se implementaran y adaptaran al Plan de Salud Territorial del municipio de Purisima, definiéndose las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector salud, entre la Nación, las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los Prestadores de Servicios de Salud, IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

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 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 integra 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 nacionales.

ESTRATEGIAS

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida;
- b) Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud;

c) Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para mejorar la participación social y el empoderamiento comunitario;

d) Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables;

e) Formulación, desarrollo y evaluación de las políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

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 entornos saludables;

e) Formulación, adopción y evaluación de políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, Empresas Sociales del Estado ESE:

a) Promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en la población a su cargo;

b) Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud;

c) Promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable;

d) Promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar;

e) Promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud;

f) Promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.

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 secundaria.

ESTRATEGIAS

PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas de prevenciones de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarias y fitosanitarios;
- b) Definición, 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) Definición 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;
- e) Definición, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo priorizadas en el Plan Nacional de Salud Pública;

f) Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud;

g) Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral;

h) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud.

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 de Salud Territorial, en su jurisdicción;

f) Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción;

g) Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción;

h) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud, en su jurisdicción.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS Empresas Sociales del Estado ESE:

a) Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de prevención específica y detección temprana incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;

- b) Desarrollo de su red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y del sistema de referencia y contrarreferencia;
- c) Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS;
- d) Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública;
- e) Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.

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 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 salud.

ESTRATEGIAS

RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN LA SALUD

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Definición, seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana, prevención específica y atención en salud incluidos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- b) Definición 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;
- c) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS;

d) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud;

e) Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia;

f) Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral;

g) Definición, desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades;

h) Fomento de la telemedicina.

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 población pobre, no asegurada, en lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo;

c) Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;

d) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, en sus competencias;

e) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción;

f) Desarrollo de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia, en su jurisdicción;

i) 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;

g) Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades;

h) Fomento de la telemedicina.

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS Empresas Sociales del Estado ESE:

- a) Desarrollo de las redes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, y del sistema de referencia y contrarreferencia;
- b) Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, SOGCS, en sus competencias;
- c) Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública;
- d) Desarrollo por ciclo vital a nivel individual y familiar de las acciones de protección específica y atención en salud en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado;
- e) Fomento y desarrollo de la telemedicina.

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:

- 1.- Vigilancia en salud pública,
- 2.- Vigilancia en salud en el entorno laboral,
- 3.- Vigilancia sanitaria.
- 4.- Inspección, vigilancia y Control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

Vigilancia en salud pública

La vigilancia en salud pública vigila los **riesgos y daños biológicos**, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud, INS.

Vigilancia en salud en el entorno laboral

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

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

Vigilancia sanitaria

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

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

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

La vigilancia en salud, aplicando todos sus procesos y componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población Purisimera, la cual permitirá a la Dirección Local de Salud, junto con el modelo de desarrollo general ajustar el Plan de Salud Territorial.

Esta línea demanda el desarrollo de procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento. Esto lleva a una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad. Requiere la construcción de alianzas entre el sector salud y los sectores como educación, medio ambiente, agua, y comunicación entre otros, para la innovación e introducción de nuevas tecnologías.

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

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

ESTRATEGIAS

VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación:

- a) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de las acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento;
- b) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del análisis de la situación de salud de la población;
- c) Desarrollo del sistema de información de salud;
- d) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Territorial.
- e) Fomento de la investigación aplicada en áreas de interés del Plan de Salud Territorial.
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de los resultados en salud.

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 de Salud Territorial, en su jurisdicción;
- d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción;
- e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción;

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud-EPS, las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS , **Empresas Sociales del Estado ESE:**

- a) Desarrollo del sistema de vigilancia en salud en sus competencias;
- b) Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de la situación de salud de sus afiliados y usuarios;
- c) Generación de la información requerida por el sistema de información de salud;

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 5. GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.

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

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

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

La gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan de Salud Territorial. 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 Purisimera.

El Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA; el Instituto Colombiano Agropecuario, ICA; el Instituto Nacional de Cancerología, INC; el Instituto Dermatológico Federico Lleras; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF; la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, realizará las acciones de rectoría, seguimiento, monitoreo y evaluación de las políticas,

estrategias, procedimientos, y acciones individuales y colectivas en salud pública, en el ámbito de sus competencias.

ESTRATEGIAS

GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Para el desarrollo de esta política se definen las siguientes estrategias:

A cargo de la Nación y de las entidades territoriales:

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

A cargo de las Entidades Promotoras de Salud, EPS; las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, Empresas Sociales del Estado ESE:

- a) Generación de la información que permita vigilar, monitorear y evaluar el uso y calidad de los servicios de salud, la percepción de los usuarios, los resultados en salud y proveer la información necesaria para ajustar los planes de beneficios;
- b) Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud a su cargo;

c) Desarrollo e implementación de los modelos de atención en salud que respondan mejor a las necesidades de salud de la población a su cargo, teniendo en cuenta sus diferencias étnicas, socioculturales, de género y de ciclo vital;

d) Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en áreas de interés en salud pública;

e) Desarrollo de balance social y rendición de cuentas.

CAPITULO IV PRIORIDADES

PLAN DE SALUD TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE PURISIMA

Entre las razones que fundamentan la necesidad de establecer prioridades en salud, las más destacadas son: el cambio en los patrones en salud (por envejecimiento poblacional, cambio en los determinantes por desarrollo económico y social, nuevas patologías), el cambio en los conceptos de salud (descubrimientos de nuevas causalidades, tratamientos para situaciones antes incurables), las necesidades y expectativas de los grupos de interés, exceden los recursos disponibles (necesidades de salud infinitas, nuevas tecnologías, intereses particulares) y sobre todo, porque el uso de los recursos de salud es de interés público y existe la exigencia de hacerlo de forma eficiente, donde el bienestar para la mayoría prime y se impacte de la manera más amplia posible.

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

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del municipio en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades del Plan de Salud Territorial del municipio de Purisima son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.

5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Territorial.

Las prioridades en salud del Plan de Salud Territorial, son de estricto cumplimiento en el municipio y en los planes operativos de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial; de acuerdo al ministerio de la protección social el municipio de Purísima aparece en la 5ª categoría se van a realizar 4 prioridades fundamentales en el municipio como son:

1. SALUD INFANTIL.
2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.
3. SALUD MENTAL.
4. SALUD NUTRICIONAL.

OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS PRIORITARIAS EN SALUD

La definición de los **objetivos** en salud tiene como propósito identificar aquellas áreas en las que se focalizarán los mayores esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados, para lograr el mayor impacto en la situación de salud.

La definición de las **metas** se basó fundamentalmente en la revisión de los compromisos adquiridos tanto en el ámbito nacional como internacional, como el caso de los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

La definición de las **estrategias** se basó en la revisión de la evidencia sobre experiencias exitosas para abordar cada problema prioritario.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA.

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y comunitarias en pro de la salud.

LÍNEAS DE POLÍTICA NÚMEROS 2 Y 3. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN LA SALUD.

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad de protección específica, detección temprana y atención integral de los eventos de interés.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 4. VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas para mejorar el acopio y análisis de la información necesaria para la toma de decisiones.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 5. GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.

Para el desarrollo de esta línea de política en el décimo objetivo se sintetizan las estrategias operativas orientadas al fortalecimiento de la capacidad institucional de rectoría, vigilancia y control para el mejoramiento de la gestión en salud en el ámbito territorial.

CAPITULO V OBJETIVOS

DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE Purisima PARA EL PERIODO 2008 – 2011

1. Mejorar la salud infantil.
2. Mejorar la salud sexual y reproductiva.
3. Mejorar la salud oral.
4. Mejorar la salud mental.
5. Disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades.
7. Mejorar la situación nutricional.
8. Mejorar la seguridad sanitaria y ambiental.
9. Mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.

10. Fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Territorial.

OBJETIVOS 1 MEJORAR LA SALUD INFANTIL

METAS

PARA MEJORAR LA SALUD INFANTIL

1. Reducir la tasa de mortalidad infantil a 2 por 1.000 nacidos vivos en el cuatrienio, en menores de 1 año (Línea de base : 16,3 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: Dane 2004).

2. Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI al 100%, en niños y niñas en menores de 1 año (Línea de base: polio: 86,8%, DPT: 86,8%, sarampión y rubeola: 89,1 % en menores de 1 año. Fuente: PAI 2005).

3. Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años, a 4 por cada cien mil en el cuatrienio (Línea de base: 30,2 por cien mil. Fuente: DANE 2004).

ESTRATEGIAS

PARA MEJORAR LA SALUD INFANTIL

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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.

LÍNEAS DE POLÍTICA NÚMEROS 2 Y 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 NÚMERO 4. VIGILANCIA EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

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) 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.

OBJETIVO 2 MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

METAS

PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. Reducir por debajo de 2 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna, para el cuatrienio (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: Dane 2004).

2. 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 2005).

3. Reducir por debajo de 4 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).

4. 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).

5. Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).

ESTRATEGIAS

PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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 sexual y reproductiva y control social de la política nacional de salud sexual y reproductiva;

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;

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;

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;

e) Fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios como supermercados, 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 NÚMEROS 2 Y 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;
- 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 cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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 estudio de carga de enfermedad, vigilancia de casos y acceso y calidad de los servicios;

b) Fortalecer la formación del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

OBJETIVO 3 MEJORAR LA SALUD ORAL

METAS

PARA MEJORAR LA SALUD ORAL

1. Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. Fuente: III ENSB 1999).
2. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: III ENSB 1999).

ESTRATEGIAS

PARA MEJORAR LA SALUD ORAL

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA.

- 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 primer 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 NÚMEROS 2 Y 3. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN LA SALUD.

- 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 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 preclampsia;
- e) Promover en las madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos en los niños menores de 1 año;

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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.

OBJETIVO 4. MEJORAR LA SALUD MENTAL

METAS

PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL

1. 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).

ESTRATEGIAS

PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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 propuestas, 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 NÚMEROS 2 Y 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.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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) Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capacitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.

OBJETIVO 5. DISMINUIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LAS ZONOSIS

METAS

PARA DISMINUIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS

1. Aumentar al 100% la detección de casos de tuberculosis (Línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).

2. Aumentar al 100% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (Línea de base 63%. Fuente: MPS 2004).

3. Eliminar la rabia humana transmitida por perro (Línea de base: 0,0047 x cien mil. Fuente: MPS 2006).

4. Eliminar los casos de mortalidad por malaria (Línea de base: 119 muertes. Fuente: DANE 2004).

5. Eliminar los casos de mortalidad por dengue (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2004).

ESTRATEGIAS

PARA DISMINUIR LOS RIESGOS PARA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LAS ZONOSIS

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA.

- a) Desarrollar estrategias intersectoriales y de base comunitaria para mantener el control de las poblaciones de vectores y reservorios;
- b) Impulsar la conformación de un comité de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de 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 NÚMEROS 2 Y 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 antituberculosos y antimaláricos 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.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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 laboratorios de salud pública y entomología para el control de calidad de las pruebas de laboratorio clínico y las pruebas de confirmación especial en laboratorio de referencia nacional e internacional;

c) 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 transmisibles y las zoonosis.

d) Impulsar el desarrollo de acciones de caracterización, estratificación, focalización y georreferenciación 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 las zoonosis;

f) Desarrollar e implementar metodologías para el estudio de la carga de enfermedad y sus determinantes, con enfoque diferencial, según ciclo vital y grupos vulnerables.

**OBJETIVO 6.
DISMINUIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y LAS
DISCAPACIDADES**

METAS

PARA DISMINUIR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES.

1. 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).
2. 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).
3. 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).
4. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica - ERC (Línea de base: por definir).
5. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005).

ESTRATEGIAS

PARA DISMINUIR LOS RIESGOS PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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 etno-cultural, 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 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 anti-tabáquica, 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.

LÍNEAS DE POLÍTICA NÚMEROS 2 Y 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) 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 mellitus, retinopatía diabética, hipertensión arterial y enfermedad renal.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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.

OBJETIVO 7 MEJORAR LA SITUACION NUTRICIONAL

METAS

PARA MEJORAR LA SITUACIÓN NUTRICIONAL

1. Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición, en el municipio de Purísima, en niños menores de 5 años con desnutrición global para el cuatrienio (Línea de base: 7%. Fuente: ENSIN 2005).

2. Reducir por debajo de 2 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).

3. Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva (Línea de base: mediana 2,2 meses Ensin 2005).

ESTRATEGIAS

PARA MEJORAR LA SITUACIÓN NUTRICIONAL

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA.

a) Concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del Plan de 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 etno-cultural, 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 NÚMEROS 2 Y 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 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.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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.

OBJETIVO 8 MEJORAR LA SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL METAS NACIONALES EN SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL

1. Implementar la política de salud ambiental en el municipio de Purísima (Línea de base: por desarrollar).
2. Ampliar la cobertura de vigilancia de calidad del agua al 100% de los acueductos del municipio. (Línea de base: por desarrollar).

ESTRATEGIAS

PARA MEJORAR LA SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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;
- 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.

LÍNEAS DE POLÍTICA NÚMEROS 2 Y 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 DE POLÍTICA NÚMERO 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.

OBJETIVO 9

MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y DISMINUIR LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

METAS

EN SEGURIDAD LABORAL Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

1. Reducir la tasa de mortalidad por enfermedad profesional (Línea de base: 11,5 por cien mil. Fuente: MPS 2005).

2. Reducir la tasa de accidentes ocupacionales (Línea de base 5,2 por cien mil. Fuente: MPS 2005).

ESTRATEGIAS

PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y DISMINUIR LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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, 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 NÚMEROS 2 Y 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.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 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.

OBJETIVO 10 FORTALECER LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

METAS

EN FORTALECIMIENTO DE GESTIÓN PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE PURISIMA.

1. Crear en el municipio un mecanismo de coordinación y articulación de los actores sociales, institucionales y comunitarios para el logro de las políticas, objetivos y metas del Plan de Salud Territorial de conformidad con las particularidades étnicas y culturales.

2. Fortalecer la regulación y fiscalización de las acciones del Plan de Salud Territorial en el municipio de PURISIMA.

3. Lograr el aseguramiento universal y la financiación del plan obligatorio de salud POS- s en el municipio de Purísima.

4. Fortalecer la gestión integral en salud para la implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud - SOGCS en el 100% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del municipio.

ESTRATEGIAS

PARA FORTALECER LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.

LÍNEA DE POLÍTICA NÚMERO 5. GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL.

- 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 protección al cesante, especialmente empresas y la población extranjera;
- c) Promover una agenda de trabajo y un plan de acción para la salud con los comités departamentales y locales de planeación, para impulsar el desarrollo de políticas y acciones intersectoriales del Plan de Salud Territorial.
- 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 de salud territorial 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) Desarrollo de un programa de educación continuada para mejorar la capacidad de gestión del talento humano en salud.

EJES PROGRAMATICOS

1 ASEGURAMIENTO

Área sub. Programática

- a.- promoción de la afiliación al SGSSS
- b.- identificación y priorización de la población a afiliar
- c.- gestión y utilización eficiente de los recursos del régimen subsidiado
- d.- adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación del municipio
- e.- celebración de los contratos de aseguramiento
- f.- administración e base de datos de afiliados
- g.- gestión financiera del giro de recursos
- h.- interventoría de los contratos del régimen subsidiado
- i.- vigilancia y control del aseguramiento

2 PRESTACION Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

3 SALUD PUBLICA

- a.- acciones de prevención de la salud calidad de vida
- b.- acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios)
- c.- acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento
- d.- acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública

4 PROMOCION SOCIAL

- a.- acciones de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de las poblaciones especiales, tales como: población en situación de desplazamiento, población en situación de discapacidad, adultos mayores, mujeres gestantes, población indígena, población infantil, adolescentes y jóvenes.
- b.- acciones de salud en la “Red para la superación de la pobreza extrema – Red Juntos “
- c.- acciones educativas de carácter no formal dirigidos a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre diferentes aspectos de la promoción social tales como entornos saludables, participación social, discapacidad, desplazamiento, adulto mayor, constitución de redes, formación para el trabajo, desarrollo de modelos de atención a población indígena.

5 PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES

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

6 EMERGENCIAS Y DESASTRES

- a.- gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres
- b.- acciones articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.

- c.- acciones de fortalecimiento para la respuesta territorial ante la situación de emergencia y desastre.
- d.- acciones de fortalecimiento de la red de urgencias.

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD TERRITORIAL

CARACTERISTICAS GENERALES DEL MUNICIPIO

El Municipio de Purísima se encuentra ubicado a los 9° 14 17" de latitud norte y los 75° 43 33" de longitud al Oeste de Greenwich. Limita al norte con el departamento de Sucre y el Municipio de San antero; al este con Momil y el Departamento de Sucre, al sur con la Ciénaga Grande del bajo Sinú; y al Oeste con los Municipio de Lorica y San Antero.

Su clima es calido. Su promedio es de 28°C y su extensión de 119K², lo que lo convierte en el Municipio del departamento de Córdoba con menos territorio.

La historia del Municipio se remonta a comienzos del siglo XVI, al ser uno de los primeros pueblos que se establecieron en el territorio cordobés, cuya fecha se estima en el 1535, concretamente el día 3 de Febrero. El nombre original de esta población era "LA COCHINERA" (por la cría de cerdo), el que después fue cambiado por el de "San Nicolás de la Paz".

Su fundador fue Alonso de Heredia.

San Nicolás de la Paz se ubico sobre una ribera del Río Sinú.

Allí los colonizadores españoles establecieron diferentes formas de organización del trabajo entre la población indígena, ya fuera por medio del tributo en Oro, especie y trabajo.

Muchos de los aborígenes huían de los españoles y sus pueblos formaban grupos apartes, especialmente a orillas de los Ríos y afluentes, caños vecinos y de las ciénagas, lugares a donde los españoles no se aventuraban fácilmente.

El tercer nombre que tomo la población fue el de "San Juan de las Palmas".

El gran refundador de los pueblos enviado directamente por la Corona Española, Don Antonio de la Torre y Miranda lo situó en el lugar en el que hoy se encuentra y le colocó el nombre de "Purísima de la Concepción" el 10 de Mayo de 1777 después de invadir un asentamiento al mando del cacique Yapé y de agrupar a diferentes familias Españolas dispersas en la región.

"Purísima de la Concepción" fue erigido a la categoría de Municipio por medio de la ordenanza 021 de 1934, emanada de la Asamblea Departamental de Bolívar, comprendiendo en ese entonces los territorios que hoy les pertenecen, los cuales se segregaron en 1963 con una ordenanza de la asamblea Departamental de Córdoba, a la cual quedaron adscritos dichos territorios tras la expedición de la ley 9 de 1952.

El crecimiento de la cabecera Municipal muestra diversas etapas. En la década de los años XX, al Ya existente San Juan de las Palmas se sumaron los Barrios el Brillante Pozo y el Tamarindo. En 1945 nacen los Barrios el Zumbao y el Bugre. En la década de los 60 aparecieron los demás Barrios, entre estos Laureano Gómez, San Rafael, La Candelaria, Buenos Aires, Los Caracoles, Juan XXIII, San Francisco (antiguo Bugre), Centro y San Fernando (antiguamente los pocitos). Purísima de la Concepción es hoy uno de los 64 Municipios de Colombia que tiene calendario electoral atípico.

PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DEL MUNICIPIO:

El Municipio presenta características muy singulares, las actividades económicas del municipio se encuentran repartidas en tres sectores (3). Como son: Agrícola – Ganadero y Pesquero, la estadística municipal ha colocado al sector agrícola con mayor producción, sin embargo el desarrollo de este sector no ha sido relevante. Debido al bajo nivel tecnológico, los cultivos más predominantes son: Maíz, Yuca, Arroz tradicional, Plátano, Frijol, Ajonjolí, Coco, Hortalizas y Ñame además el cultivo transitorio de la Patilla.

La ganadería ocupa un lugar de privilegio en la economía del Municipio. La explotación del ganado Bovino se realiza mediante la modalidad del doble propósito que representa el 97.23% de la actividad en los corregimiento de Aserradero y Hueso donde están las propiedades más extensas y se dedica el mayor numero de hectáreas al pastoreo.

La favorable ubicación del municipio de Purísima a orillas de la Ciénaga Grande ha permitido el crecimiento pesquero, esta actividad esta ligada a los periodos naturales de invierno y verano, se encuentran especies de Bocachico, Picuda, Mojarra, Comelón, Moncholo, Tilapia, Cachama, etc.

La pesca se practica como actividad complementaria de la economía debido a lo limitado del área de la Ciénaga que le pertenece al Municipio.

También esta la producción de la escoba de varita que es una riqueza inexplorada producida en su mayoría por comunidades indígenas de los cabildos de Cerro Petrona y Malena, quienes con la ganancia de la venta establecen actividades comerciales en la tiendas y graneros de las poblaciones vecinas.

Los indígenas solo salen los Sábados a comercializar este producto lo mismo que el abanico de mano y la escoba de Barbasco.

Otra economía que tiene el Municipio de Purísima es la famosa galleta de soda o de limón que es muy apetecida en el Departamento por lo sabrosa, esta modalidad de economía familiar es admirada y resalta por los habitantes de la población de Purísima de Concepción quienes se refieren a la señora con orgullo por ser ejemplo de trabajo dedicación y conservadoras de una de las tradiciones más arraigada de la región.

Hay otras familias que además de hacer galletas de limón fabrican Diabolines, este proceso de fabricación son vistos por los cordobeses como una clara expresión de autenticidad y tradición.

El municipio de Purísima en la zona Rural esta integrado por corregimientos y veredas.

Corregimiento los Corrales; Veredas: Villanueva y Costa Larga

Corregimiento de Aserradero; Veredas: Cerro Petrona Arriba y Abajo, Jobal, el Pretexto, Bohío, el Tigre, Santa Rita y Barrio Lindo.

Corregimiento Hueso; Veredas: Mocha Nariz, Cerro de Piedra y Torrente.

Corregimiento San Pedro de Arroyo Hondo; Veredas: Anapoima, Descanso, Cocorilla, el Socorro y Arenal.

Corregimiento Comején: Esta representado por cabildos indígenas Zenú de San Pedro Alcántara.

La cabecera Municipal o zona urbana esta conformada por la ciénaga grande.

El flujo de transporte ordinario es el siguiente:

Terrestre Intermunicipal de Purísima a Lorica es de cada 15 minutos. Y el de la zona rural es de un carro diario. También cuenta con servicios públicos (agua, luz, gas, teléfono, servicio de Internet, etc.), dando el aspecto urbanístico de ciudad, en ella también se encuentran negocios comerciales.

En los servicios públicos los índices son los siguientes

El servicio de luz eléctrica abarca un 100 % de la población zona urbana. Y un 93 % de la zona rural; En general la cobertura del servicio de energía eléctrica para todo el municipio es del 95,5%, Se resalta que las coberturas parciales para todas las comunidades en general esta sobre el 93%

Cuenta con servicio telefónico técnicamente bien equipado con discado nacional e internacional, Fax, etc. con un cubrimiento del 31% domiciliario; En general el servicio de telefonía fija para todo el municipio es del 31.5%.

El servicio de agua potable es prestado por la Empresa JASPPU quien actúa en calidad de administradora de las redes del alcantarillado y agua potable y además el aseo publico. Distribuidora en la zona urbana, la cual es deficiente por falta de recursos económicos en bajo Sinu.

Tenemos que en la zona urbana reciben el servicio de agua potable 1260 usuarios que equivale al 100% y en la zona rural 506 usuarios que equivale al 30%.

El servicio de gas domiciliario: la cobertura de gas natural total es del 66.6% cubre zona urbana y parte de la zona rural.

En el municipio de purisima el servicio de alcantarillado, es del 47.7% en la zona urbana y en la zona rural es del 0%.

La recolección de basuras se da en un 45.9% en el municipio, la frecuencia de recolección es una vez por semana en cada barrio. Por lo que arroja un parámetro de recolección deficiente.

El servicio no existe en la zona rural de purisima, por tal razón la mayoría de los habitantes se ven en la necesidad de quemar las basuras.

Existen Escenarios Deportivos en el Municipio de Purisima, aunque tiene poca cobertura en estructura deportiva, por lo que la practica de las diferentes disciplina se hace difícil para los moradores. En la zona de los corregimientos se han adelantado planes de construcción de polideportivos, lo que ha ayudado a mejorar la situación en este aspecto. Existe un estadio de softbol en la cabecera Municipal.

Tipos de vivienda en el municipio de PURISIMA

Esto de acuerdo a lo arrojado en el último censo de la administración Municipal. Según las estadísticas de pobreza en Colombia el 14.1% de las viviendas presentan hacinamiento crítico; el 25.4% alta dependencia económica y el 72% servicios básicos inadecuados.

En términos generales la calidad de las viviendas presenta gran deficiencia, no desde el punto de vista de sus materiales si no por que en un alto porcentaje no disponen de los servicios básicos.

Numero de hogares en Purísima

Purisima cuenta con 4 Centros Educativos: 2 Colegios públicos y 2 colegios privados ubicados en la zona urbana: Colegio Pedro Castellanos, Colegio Juan XXIII, Colegio Ciénega Grande y Colegio Sinu Norte y en la zona rural 23 instituciones Educativas.

Código departamento	Departamento	Código municipio	Municipio
23	Córdoba	586	PURISIMA
Población total 2008	Cabecera 2008	Rural 2008	
16144	6904	9240	

3 SITUACION DE SALUD

El análisis de la situación de salud del que parte el Plan de Salud Territorial, es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población,

incluyendo los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes.

El análisis incluye la aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada subgrupo poblacional y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas, y el reconocimiento de las desigualdades en términos de sexo, edad, raza, factores genéticos, distribución geográfica, acceso y uso de servicios de salud y factores de inclusión o exclusión social, para dar cuenta de las inequidades.

Como base para el abordaje de los principales problemas de salud priorizados en el Plan Nacional de Salud Pública, se ha tenido en cuenta el conjunto de efectos y daños codificados como categorías de salud, enfermedades, trastornos o lesiones, disfunciones o discapacidades, de acuerdo con una clasificación determinada, que tienen una estructura causal común y que se pueden modificar a través de intervenciones sociales y sectoriales también comunes; además, que se pueden medir sistemáticamente desde el punto de vista de su magnitud, comportamiento, tendencia, severidad, características de los subgrupos de población afectados, e impactos sociales y económicos.

Desde esta perspectiva y de manera sintética se puede afirmar que la situación de salud de la población colombiana plantea grandes problemas característicamente asociados a la transición demográfica propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes; así como las características propias de la transición epidemiológica con una progresiva reducción de las enfermedades transmisibles, aunada a un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las características socioeconómicas de países en desarrollo en donde confluyen condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización, a los procesos de urbanización y distribución espacial de la población; con impactos generados por los cambios en hábitos de consumo y comportamiento, los cambios en los sistemas de salud y educación, los cambios en la estructura social y económica, y la situación de conflicto armado registrados en las últimas décadas.

3.1 Salud materna e infantil

A pesar de los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil promedio, persisten grandes diferencias no sólo entre las diversas regiones del país y grupos poblacionales. La mortalidad infantil entre los hijos de mujeres con educación superior es inferior a los de las mujeres sin educación. Sin embargo en este municipio la mortalidad infantil no es muy frecuente.

De igual forma, el país registra un progresivo cambio en la estructura de las causas de mortalidad infantil, de tal modo que los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y las malformaciones congénitas corresponden a las dos primeras causas de mortalidad en este grupo de edad, mientras que las causas infecciosas ocupan un lugar menos relevante, observándose una tendencia sostenida en la reducción de la mortalidad por infección respiratoria aguda, IRA, y por enfermedad diarreica aguda, EDA.

Dentro de las enfermedades prevalentes en la infancia, resulta notable la baja incidencia de las enfermedades inmuno-prevenibles debidas al progresivo y sostenido nivel de coberturas alcanzadas con los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI. Este impacto se hace evidente con la consolidación de la erradicación del polio y la eliminación del sarampión, enfermedades de las cuales no se presentan casos desde hacen muchos años, respectivamente; así como la marcada reducción de casos de tétanos neonatal, tos ferina, rubéola, difteria y meningitis-neumonía por *Haemofilus influenzae* tipo B.

Con relación a la salud materna, el acceso a servicios de salud por las gestantes ha presentado un constante incremento, de tal forma que la atención institucional del parto pasó de una cobertura de 70% en el 2006 a 90% en 2007. En lo referente a atención prenatal, se registra no sólo un incremento en la cobertura sino también, en la proporción de gestantes captadas en el primer trimestre del embarazo y atendidas por personal profesional, de modo que la cobertura de atención prenatal adecuada pasó de 70% en 2006, a 80% en 2007.

Así por ejemplo, mientras en el año 2000 sólo el 30% de las gestantes atendidas era captado en el primer trimestre del embarazo, para el año 2005, esta proporción aumentó a 71% y el 83% de las gestantes tuvo 4 o más controles prenatales. En el período 1990 - 2005 se observa descenso de 20% a 6% en la proporción de embarazos sin atención prenatal institucional. En el mismo período la atención prenatal por médico aumentó de 79% a 88% en los antiguos territorios nacionales, mientras que la cobertura del parto institucional aumentó de 86% al de 92% (ENDS).

Para el año 2005 se estimó una razón de mortalidad materna de 68 por cien mil nacidos vivos (DANE), registrando una reducción del 35% en comparación con la razón de mortalidad materna del año 2000 de 105 por cien mil nacidos vivos. El

90% de las muertes corresponden a causas evitables, entre las que destacan hipertensión ligada a la gestación, hemorragia postparto y aborto.

El uso actual de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil se incrementó de 53% en 2000 a 56% en 2005. Para 2005 el uso actual de métodos anticonceptivos en las mujeres unidas fue de 78,2%. Destaca una importante reducción en la brecha en el uso de métodos anticonceptivos modernos en las mujeres unidas entre zonas urbana y rural, con un diferencial que pasó de 10% en 1990 a 2,1% en 2005. En el mismo período la provisión de métodos anticonceptivos por el sector público y la seguridad social aumentó de 22,7 a 43,3% (ENDS).

A pesar de los avances que el país ha mostrado en reducción de la fecundidad y del mayor acceso a los métodos modernos de anticoncepción, la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado, en concordancia con la tendencia observada en los países de la región. Los estudios recientes revelan que son las mujeres jóvenes las que más dificultades tienen para controlar su fecundidad y que el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente, especialmente entre subgrupos vulnerables como la población desplazada, en tanto la permanencia en el sistema educativo, constituye el principal factor protector. Tan solo el 15% de los embarazos registrados en las adolescentes es no deseado. El 39% corresponde a embarazo deseado, mientras el 46% lo deseaba pero hubiera preferido tenerlo más tarde (ENDS).

3.2 Enfermedades transmisibles

Frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, el dengue, la malaria, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública dada su alta carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables.

La tendencia de la infección por VIH en Colombia va en aumento con una prevalencia estimada de 0,1 % en 1990 a 0,7% en 2005 en personas entre 15 y 49 años (Observatorio VIH/MPS-ONUSIDA). En Colombia la epidemia aún es concentrada, con predominio de transmisión sexual, específicamente heterosexual, y una creciente participación femenina en la misma, de mayor concentración en áreas de mayor densidad poblacional y distribución geográfica heterogénea. La distribución por sexo de los casos notificados de VIH muestra una tendencia a la feminización de la epidemia,

La tuberculosis es una enfermedad reemergente cuya prevalencia en el país, a pesar del incremento en la captación de sintomáticos respiratorios registrada, ha presentado una tendencia descendente durante los últimos 5 años.

3.3 Enfermedades transmitidas por vectores

El comportamiento de la malaria en Colombia se caracteriza por ciclos epidémicos que ocurren cada 2 a 7 años, interrumpidos en 1993, año a partir del cual la

fumigación con DDT y se inició una tendencia ascendente, con promedios de 150.000 a 160.000 casos anuales. Durante el período 2001 a 2006 la morbilidad por malaria tuvo una reducción del 50%, pasando de 179.448 a 89.794 casos (SIVIGILA). El 65% de los casos ocurridos en el país corresponden a malaria por *Plasmodium vivax*. En la Costa Pacífica en cambio, predomina la malaria por *Plasmodium falciparum*, principal causante de la malaria complicada. La morbilidad de malaria por esta especie tuvo durante el mismo periodo una reducción de 62%, mientras que en la mortalidad se aprecia una reducción en 33.9% al pasar de 59 a 39 muertes/año, por esta enfermedad.

Al igual que en el resto de países de la región, desde su reaparición en 1990, el dengue presentaba una tendencia creciente con un comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, acompañado de cuadros clínicos de mayor severidad y la expansión de las áreas geográficas de infestación por *Aedes aegypti* y presencia de la enfermedad y la circulación simultánea de diferentes serotipos del virus. Lo anterior, debido a condiciones ecoepidemiológicas y climáticas propicias por el calentamiento global y la introducción del *Aedes albopictus* a zonas urbanas. No obstante, producto de la intensificación de las acciones de control vectorial en el país, entre el año 2002 y el 2006 la morbilidad por dengue tuvo una reducción de 68% al pasar de 81.824 a 26.088 casos anuales totales registrados en el país (SIVIGILA).

La Leishmaniasis representa un problema creciente de salud pública con un incremento significativo en la incidencia, pasando de un registro promedio anual de 6.500 casos a un promedio anual de casi 22.000 casos. La transmisión predominantemente es selvática, fundamentalmente por especies de *Leishmania baziliensis* y *Leishmania panamensis*. La variedad cutánea corresponde al 95% de los casos registrados con menores proporciones para las variedades visceral y mucosa (4% y 1% respectivamente). Dentro de las causas de este incremento se destacan la migración de población a lugares enzoóticos, la interacción con reservorios y vectores infectados; la colonización de áreas forestales; los movimientos de personal militar y grupos ilegales a zonas endémicas y la explotación extensiva de los recursos naturales.

El comportamiento general de la fiebre amarilla presentaba desde 1934 una marcada disminución en la tendencia secular de la enfermedad especialmente a partir de 1948, con la introducción de la vacuna antiamarílica. En los años 2002 y 2003 se registró en el país la reemergencia de focos enzoóticos de fiebre amarilla en la Sierra Nevada de Santa Marta y la Cordillera Oriental, situación que motivó a replantear la estrategia de prevención de esta enfermedad, a través de la puesta en marcha de un plan intensificado de control de la enfermedad, que además de las acciones de vigilancia en salud pública y control vectorial se propuso la vacunación acelerada del 100% de la población de 1 a 65 años, residente en las zonas de riesgo. Producto de lo anterior, actualmente solo se presentan casos esporádicos en población que ha rehusado la vacunación.

3.4 Enfermedades crónicas no transmisibles

Referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida cabe destacar que las crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte de la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59% al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, peri natales y de la nutrición el 11,3% (DANE).

Dentro de la estructura de causas de morbimortalidad en la población general, las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares.

El cáncer representa otra de las patologías crónicas que registra un incremento importante en su incidencia. La mortalidad por esta causa pasó de representar el 3,7% del total de muertes en 1960 al 14,7% en el año 2000, ocupando el tercer lugar en la estructura de causas, luego de las enfermedades cardiovasculares y la violencia (DANE).

Entre otras condiciones crónicas, cabe destacar la prevalencia de los trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, al menos un 40,1 % de la población colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es del 16,0%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo, las más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas más prevalentes en los hombres.

En cuanto al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, este mismo estudio muestra que la prevalecía de vida de trastornos por sustancias psicoactivas en mayores de 18 años es del 10,6%, siendo el abuso de alcohol el principal problema con una prevalecía de vida de 6,7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. Por otra parte, una de cada 100 personas abusa de sustancias ilegales y una de cada 200 tiene dependencia de estas; siendo las drogas de mayor prevalecía de vida la marihuana en un 11,1%, seguida de la cocaína en 3,7% y los tranquilizantes en 2,6%.

De particular interés, resulta el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes escolarizados entre los 12 y 17 años de edad. Los estudios en este subgrupo de población muestran altas prevalecías de vida de consumo de cigarrillo (51,4 hombres y 41,8 mujeres) y alcohol (77,9 en hombres y 72,5 en mujeres), con un promedio de edad de inicio para estas dos sustancias de 12,7 años. Del mismo modo se evidencia un alto consumo de tranquilizantes y

solventes entre las sustancias psicoactivas lícitas que se usan indebidamente, así como alta prevalencia de consumo de marihuana como sustancia predominante entre las sustancias psicoactivas ilícitas.

3.5 Violencia y lesiones de causa externa

Los efectos de la violencia y lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud de la población, siendo los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, las que generan mayor morbimortalidad. Entre todos los países de la región, Colombia ocupa el tercer lugar de mortalidad por todas las causas externas con una tasa ajustada de 112,7 muertes por cada cien mil habitantes en 2005; el primer lugar para homicidios con una tasa ajustada 84,6 por cien mil habitantes, el quinto lugar para muertes por accidentes de tránsito con tasa ajustada de 20,5 por cien mil habitantes y el decimoctavo lugar los suicidios con tasa ajustada de 6,8 por cien mil habitantes (OPS). Mientras que en el perfil de mortalidad nacional en 2004, se encuentra que los homicidios ocupan el primer lugar con el 13% de las defunciones, y las muertes por accidentes de transporte terrestre ocupan el sexto lugar con el 3,5% de las defunciones, afectando principalmente a los peatones (INML).

El suicidio es la principal manifestación de lesiones externas autoinfligidas que predomina en la población de adultos jóvenes, siendo las personas entre los 20 a 24 años las que mayores tasas reportan, seguido del grupo de 25 a 34 años, con predominio de personas solteras y residentes en áreas urbanas. Es relevante la emergencia de este fenómeno como un problema de salud pública en el último quinquenio, principalmente entre la población adolescente, toda vez que la prevalencia de vida para ideaciones suicidas es de 12,3% (INML).

De otra parte, las encuestas periódicas y estudios específicos sobre el tema de violencia intrafamiliar han puesto en evidencia un problema de gran magnitud que suele pasar desapercibido o no es denunciado. La violencia verbal es la modalidad más frecuente (33%), seguida de la física (19,3%) y finalmente la sexual (5%). Los casos de violencia sexual intrafamiliar con una tasa nacional de notificación de 184 casos por cada cien mil habitantes, son mayores contra las mujeres entre 10 y 25 años. El 30% de los 200 mil casos de lesiones por causa externa que se registran en el Instituto de Medicina Legal cada año, corresponden a lesiones por violencia intrafamiliar (INML/ENDS).

3.6 Nutrición

Con respecto a la situación nutricional, las prevalencias de lactancia materna exclusiva y total a pesar de presentar una tendencia ascendente, continúan siendo bajas frente a los estándares internacionales de 6 y 24 meses respectivamente. En 2005 la duración de la lactancia materna exclusiva fue de 2,2 meses y la duración total de 14,9 meses en promedio (ENDS).

Los estudios realizados en la última década muestran disminución en la prevalencia de la desnutrición global en los niños menores de 5 años, de 8,4% en 1995 a 7,0% en el año 2005, con diferencias regionales marcadas y evidencia de mayor afectación en la zona rural. En los grupos de niños de 5 a 9 años y 10 a 17 años, la desnutrición global fue de 5,4% y 6,6% en 2005, respectivamente (ENSIN). Finalmente, las deficiencias y anemias nutricionales en 2004 se encuentran dentro de las primeras cinco causas de mortalidad en el grupo de uno a cuatro años, correspondiendo al 7,7% de las muertes en niños y al 8,8% de las ocurridas en niñas (Dane).

Condiciones de vida, riesgos asociados con la interacción del hombre con el ambiente y otros determinantes de salud

En relación con las condiciones de vida, riesgos asociados con la interacción del hombre con el ambiente y otros determinantes de salud, en los estudios de calidad de vida y desarrollo humano, si bien, las cifras de pobreza decrecieron 8% entre 2002 y 2005 (de 57% a 49% de población bajo la línea de pobreza; y de 20,7% a 14,7% de población bajo la línea de indigencia), se ha acentuado la disparidad en la distribución de los ingresos con un coeficiente de Gini que aumentó desde 0,54 en 1996 a 0,56 en 2005 (DNP).

El nivel de desarrollo en Colombia puede observarse a través del comportamiento del Índice de Desarrollo Humano -IDH-. En el año 2004 presentó un incremento de 0,006 puntos respecto al 2003, y representando un incremento del 8% con respecto a 1991 (0,728). Por departamentos, Chocó, Nariño y Cauca presentaron los menores índices de desarrollo (0,680, 0,725 y 0,725, respectivamente, en 2004) mientras Bogotá, Valle del Cauca y Santander tienen los índices más elevados (0,833, 0,799 y 0,788, respectivamente, en 2004) (DNP).

El porcentaje de personas con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha, NBI, ha venido disminuyendo a medida que mejoran las características de la vivienda, el hacinamiento, la cobertura en servicios básicos, la escolaridad y la tasa de dependencia. Entre 1985 y 2003, la población con una o más necesidades básicas insatisfechas pasó del 45,0% al 21,7% y con dos o más del 22,8% al 6,3% (DANE/DNP).

Es notable también que, aunque se ha venido cerrando a lo largo del tiempo, existe una amplia brecha entre los índices en la zona urbana y rural, los índices de pobreza e indigencia por necesidad básica insatisfecha, NBI, siendo más que el doble y el triple, respectivamente, este mismo índice en el área urbana (DANE/DNP).

Si el Índice de Desarrollo Humano, IDH, muestra diferencias importantes al nivel departamental, el Índice de Condiciones de Vida, ICV, resultado de varios otros factores incluidos hacinamiento y condiciones de la vivienda, acceso a servicios públicos, y acceso a educación superior, muestra un panorama aún más desigual. En el 2004, el ICV para el total nacional tuvo un valor de 78,8; Chocó ocupó el

último puesto, con un puntaje de 60,5, mientras que Bogotá obtuvo 89,6, es decir, un ICV de 32% más alto.

Respecto a los riesgos relacionados con el saneamiento básico, la información disponible muestra que entre 2000 y el 2006 la cobertura de acueducto urbano se incrementó de 94,6% a 97,4%. En materia de alcantarillado la cobertura aumentó de 81,8% a 90,2%. En el sector rural, la cobertura de acueducto ha avanzado 12 puntos porcentuales en los últimos 10 años llegando en la actualidad a 66%. La cobertura de recolección de residuos sólidos es del 95%. La cobertura de servicios públicos guarda una relación directamente proporcional al tamaño del municipio. En lo concerniente a agua potable y saneamiento la cobertura de saneamiento básico rural es de 30%, sin embargo la calidad del agua sigue siendo deficiente en la mayoría de los sistemas pequeños y medianos, principalmente en zonas rurales y urbanas marginales.

Cabe señalar que entre los riesgos ambientales que constituyen problemas de salud de alto impacto, están la contaminación ambiental, ruido en áreas urbanas así como la contaminación e intoxicación con plaguicidas y metales pesados producida por exposiciones ambientales y ocupacionales.

3.7 Población en condiciones de vulnerabilidad

Además de aquellos diferenciales en la situación de salud que dependen de la variación en el grado de desarrollo regional y local, se destacan los diferenciales de grupos poblacionales que comparten por condiciones étnicas, culturales o sociales mayores vulnerabilidades que las observadas en la población general. En este sentido son de gran relevancia algunas condiciones observadas en población en situación de desplazamiento forzoso, grupos étnicos y población con discapacidad, como los que se destacan a continuación.

Para el caso de la población en situación de desplazamiento forzoso, además de la problemática de la salud mental y la vulnerabilidad que deriva de la carencia de vivienda, saneamiento básico y seguridad alimentaria y nutricional, destacan los riesgos en salud sexual y reproductiva y situación de salud de la infancia. Así por ejemplo, la tasa total de fecundidad en las mujeres desplazadas por conflicto armado en 2006 fue de 3,2 hijos por mujer, es decir 1,5 hijos más que el promedio nacional en el mismo año. Más de una tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años en situación de desplazamiento ya son madres (28,4%), o están embarazadas de su primer hijo (5,2%), lo que da un total de 33,6%, cifra mucho más alta que la del promedio nacional en la ENDS 2006 que fue de 20,5%.

Los grupos étnicos minoritarios presentan problemas de salud que derivan de vulnerabilidades como la pérdida de territorio, destrucción de los recursos naturales y deterioro de medio ambiente; los cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; el abandono progresivo de la medicina tradicional; las dificultades para acceder a los servicios

de salud y precariedad de estos servicios en sus territorios; pobreza y marginalidad social y otras barreras geográficas y culturales.

En general en estos grupos prevalecen las enfermedades carenciales y parasitarias que incrementan la incidencia y severidad de la morbilidad por enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis y las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas. En la región pacífica donde habita gran parte de la población afrocolombiana, además de la problemática antes descrita destaca la de salud sexual y reproductiva y la elevada prevalencia de malaria por *Plasmodium falciparum*, resistente a cloroquina.

Finalmente, deben considerarse otros grupos poblacionales que presentan condiciones de vulnerabilidad mediados por algún grado de discapacidad. En tal sentido, según el Censo de Población de 2006, la prevalencia de limitaciones permanentes en la población en el año 2006, fue 6,4% (6,6 en hombres y 6,2 en mujeres). Las principales limitaciones son: para ver, a pesar de usar lentes (43,2%), para moverse o caminar (29%), para oír, a pesar de usar aparatos especiales (17,3%), para hablar (12,8%), para entender o aprender (11,9%) (Dane).

4. PERFIL EPIDEMIOLOGICO

RIESGOS FÍSICOS Y AMBIENTALES

Clima cálido húmedo y seco que favorece el aumento de vectores y reservorios de enfermedades tropicales.

Topografía plana, anegadiza, que favorecen las inundaciones, desastres, epidemias, enfermedades transmitidas por vectores y la contaminación de la ciénaga que favorece la aparición de enfermedades de origen hídrico.

Tala de bosques y destrucción de micro cuencas, quemas, que disminuyen las fuentes de agua y favorece la propagación de vectores.

Factores asociados a la falta de saneamiento básico, la mala calidad del agua que sirven los acueductos o el consumo de aguas de fuentes directas, sumado al mal manejo domiciliario, provocan la presencia de enfermedades gastro-entéricas de origen viral, parasitario y bacteriano.

La disposición de basuras no es la más adecuada en la disposición final de la zona urbana, donde hay relleno sanitario, en la zona rural también se coloca la basura a campo abierto, con lo que se hace es trasladar el problema de un lado a otro, produciendo contaminación ambiental y propagación de artrópodos o roedores transmisores de enfermedad.

La costumbre arraigada de quemar las basuras en los patios ocasiona contaminación del aire y favorece la aparición de enfermedades respiratorias.

En el municipio de Purisima se observa una pirámide poblacional expansiva

Distribución Nacional por edades y sexos				
Rangos de Edad	Población	%	Hombres	Mujeres
< 5	2223	16.6	1169	1054
6 – 10	1447	10.8	747	700
11 – 15	1364	10.1	705	659
16 – 20	1327	9.9	641	686
21 – 30	2134	15.9	1057	1077
31 – 40	1748	13	902	846
41 – 50	1156	8.6	576	572
51 – 60	791	5.9	383	408
61 - 70	673	5	336	337
> 71	526	3.9	256	270
TOTALES	13.389	99.7%	6.772	6.609

MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE PURISIMA AÑO 2007

Al revisar la información correspondiente *a/* año 2007 y relacionarla con la población del grupo de edad correspondiente, se observo por sus tasas por edad, que los grupos de edades más afectados por procesos patológicos son:

- 1 Menores de 1 año.
- 2 De 1 a 4 años.
- 3 Mayores de 60 años.

Morbilidad en niños menores de un año

La IRA sigue siendo la primera causa de morbilidad en niños menores de 1 año, seguidos en su orden la parasitosis intestinal, escabiosis, bajo peso nutricional, anemia y síndrome febril.

3.3 Morbilidad en niños de 1-4 años

En este grupo atareó la IRA es la primera causa de morbilidad, seguida por EDA, dermatomicosis, asma, parasitosis intestinal, todas estas causas se relacionan con el hacinamiento, mala nutrición, malos hábitos alimentarios e higiénicos, contaminación del agua y otras deficiencias relacionadas con el saneamiento básicos y contaminación ambiental.

3.4. Morbilidad en niños de 5-14 años

En este grupo de edad las primeras causas de morbilidad son la caries dental, dermatomicosis, rinofaringitis, parasitosis intestinal, infecciones respiratorias aguda y escabiosis.

3.5. Morbilidad en población de 15-44 años

En este grupo de edad la infección de vías urinarias, la vulva vaginitis, rinofaringitis, lumbalgias, gastritis, dermatomicosis y colitis.

3.6. Morbilidad en población de 45-59 años

En estas edades aparece la hipertensión arterial como la primera causa de morbilidad, se presenta por muchos factores de riesgos como inadecuada alimentación, la inactividad física, por el estrés, el hábito de fumar y la falta de adherencia a los medicamentos, teniendo en cuenta que es una enfermedad hereditaria.

Aparecen también como causa importante de morbilidad la gingivitis, vulvovaginitis, infecciones urinarias, lumbalgias y gastritis.

3.7. Morbilidad en población de 60 años y más

En la población de 60 años la hipertensión arterial constituye la primera causa de morbilidad, seguida de lumbalgias, gastritis, diabetes, cataratas, próstata.

3.8. Morbilidad de Urgencias

Las principales causas de consulta de urgencias son:

Enfermedades Diarreicas.

Crisis Asmática.

Síndrome Febril.

Hipertensión Arterial.

Amenazas de partos Prematuros.

Cefaleas y Migrañas.

Heridas corto punzante

Fracturas.

3.9. Morbilidad por egresos hospitalarios

Por ser el ESE Camu Purísima de primer nivel de atención tenemos una causa de egresos hospitalarios que son los partos en condiciones normales, también la bronconeumonía, sangrado vaginal y las enfermedades diarreicas agudas.

3.9 Morbilidad sentida

Por encuestas aplicadas a la comunidad tanto en zona urbana como rural se pudo determinar que la población manifiesta que se esta enfermando de gripa y consideran que es por contaminación del aire, en segundo lugar consideran que se están enfermando de diarreas, otros de hipertensión y otros de rasquiña.

4. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

El ministerio de la protección social ha definido 58 enfermedades que deben someterse a un proceso de vigilancia permanente dada sus implicaciones en la magnitud, severidad e impacto en la salud de las personas.

Entre este grupo de enfermedades se citan las enfermedades que se encuentran en fase de erradicación o eliminación como sarampión y poliomielitis, tétanos neonatal, sífilis congénita; enfermedades en fase de control, como las enfermedades transmitidas por vectores, la tuberculosis, la mortalidad por enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda y la mortalidad materna y peri natal.

5.- ASPECTOS SOCIO - ECONÓMICOS

Las principales actividades económicas son: La pesca, la ganadería, la agricultura y el comercio, exponen a las personas que se ocupan de estas actividades a enfermedades de origen hídrico, zoonosis, intoxicación por fumigaciones, ocupacionales, etc.

Población económicamente activa: 4.028 o sea el 45.2%.

LAS FUENTES DE EMPLEO:

Urbana: comercio informal, actividades y distribución de productos para construcción, insumas agropecuarios.

Rural: pesca, ganadería, agricultura.

Los conflictos sociales, el consumo de alcohol y los enfrentamientos con armas, constituyen un grave riesgo para la integridad física y moral de las personas, viéndose aumentada la morbilidad y la mortalidad por problemas de salud mental.

La descomposición familiar consecuencia del colapso económico, llevan a la prostitución y a la delincuencia y a problemas como ITS y la violencia.

La tasa de analfabetismo se sitúa en el 25% para el municipio, lo que se convierte en un factor negativo para todas aquellas campañas que busquen fortalecer el auto cuidado; situación que sumada a tres hábitos y costumbres perjudiciales promueven la aparición de patologías.

La situación de violencia se ve acentuada al ir en aumento los barrios marginales y subnormales del Municipio, como productos de los desplazamientos de otras regiones aún más violentas. Por otra parte la situación de maltrato al menor se da por varios factores, tales como: la pobreza, la falta de conocimiento y la no concientización de los mayores con relación al trato adecuado del menor, esto genera conductas delictivas, ocasionando falta en el desarrollo integral del niño e inadecuada personalidad.

ORGANIZACIONES CÍVICO-GUBERNAMENTALES:

- 18 juntas de acción comunal.
- Instituto municipal de Deportes y recreación IMDERPUR
- Alianza de usuarios.

Algunos hábitos, costumbres o comportamientos que están incidiendo en el Proceso salud enfermedad

- Mal uso del tiempo libre que conlleva al alcoholismo.
- Promiscuidad: presentándose considerables casos de ITS.
- Promiscuidad flotante.
- Desintegración familiar.
- Maltrato familiar (violencia).
- Desempleo y subempleo.

Las vías de acceso y el transporte deficiente en la zona rural no permiten una buena accesibilidad a los servicios de salud.

La pesca indiscriminada ha disminuido la reserva de peces, lo que tiene efectos en la nutrición y situación económica de la población, favoreciendo la aparición de enfermedades.

6 SITUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El municipio de Purísima cuenta actualmente con una ESE en la zona urbana y 5 Centro de Salud en la zona rural de Purísima, prestando los servicios médicos habilitados de primer nivel de atención, consulta de urgencias, consulta medica

general, consulta de odontología, laboratorio clínico, promoción y prevención, toma de citologías, nebulizaciones, vacunación PAI,

La estructura física es una construcción nueva, con buena accesibilidad de vías a todo el municipio, (que desde la región mas lejana hasta la ESE tiene un tiempo de 20 minutos), se encuentra bien dotado con insumos e instrumental en buen estado.

Se cuenta con un talento humano preparado en el área de la salud que consta de un equipo administrativo, un equipo asistencial medico generales rurales y de planta, bacteriólogo, odontólogos, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, los servicios generales aseo, conductores, porteros.

Se resalta que en Purísima en la ESE CAMU, es uno de los tantos municipios del departamento de Córdoba que encuentra implementada la estrategia AIEPI – Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, en sus componentes Comunitario y clínico con grandes beneficios para la comunidad.

La ESE. CAMU Purísima, es una empresa sostenible en el tiempo en la cual su pasivo prestacional, no excede sus activos si fueran cancelados en el tiempo indicado, actualmente se encuentra en un proceso de reorganización administrativa y financiera que piensa sacarla a flote en poco tiempo.

7 VISION

El Plan de Salud Territorial tiene como visión para el 2011, mejorar el estado de salud de la población del municipio de Purísima – Córdoba, así como disminuir las inequidades en el sector salud de nuestro territorio.

8 MISION

El Plan de Salud Territorial tiene como misión fundamental mejorar el estado de salud de la población del municipio de Purísima – Córdoba, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y transición demográfica así como disminuir las inequidades en el sector salud de nuestro territorio.

9 DESCRIPCION Y PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS

Al realizar la priorización de los problemas de la morbilidad de acuerdo a las tasas específicas por edad y su incidencia en la población general, el orden de importancia es el siguiente:

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Enteritis y otras enfermedades diarreicas

3. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo
4. Enfermedades hipertensivas
5. Enfermedades de los dientes y su estructura de sostén
6. Enfermedades de los órganos genitales
7. Enfermedades infecciosas y parasitarias
8. Anemias
9. Otras enfermedades del aparato urinario
10. Signos, síntomas y estados mal definidos.

Patologías que en su mayoría son resultados de factores de riesgos ambientales y biológicos, presentes en la baja calidad del agua, mala disposición de las excretas, viviendas sin pisos recubiertos, hacinamientos y otros factores analizados en el numeral anterior, así como la falta de educación materna o fallas en la promoción y prevención de la salud en el área materno infantil.

Se encontró que en su mayoría son enfermedades producidas por los factores de riesgo descritos anteriormente, lo que denota que requieren de todo un proceso técnico, político y administrativo, que ayude a disminuir los riesgos y mejore la calidad de vida de los individuos de la población.

Las principales causas de morbilidad en el menor de 1 a 4 años son:

- 1.- Infecciones respiratorias agudas.
- 2.- Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- 3.- Enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo

Las principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 5 a 14 años son:

- 1.- Infecciones respiratorias agudas
- 2.- Enfermedades de los dientes
- 3.- Enfermedades infecciosas y parasitarias.

Las principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 15 a 44 años son

- 1.- Enfermedades de los dientes y su estructura de sostén
- 2.- Otras enfermedades de órganos genitales
- 3.- Otras enfermedades del aparato urinario

Las principales causas de morbilidad en el grupo de edad de mayores de 60 años son:

- 1.- Hipertensión arterial
- 2.- Anemia
- 3.- Infecciones respiratorias agudas.

En cuanto al comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria, se tiene que los grupos etéreos de menores de 1 año, hasta en menores de 5 predominan las infecciones respiratorias agudas, siguiendo en su orden la diarrea y otras enfermedades infecciosas y parasitarias.

En el grupo de mayores de 45 años la causa predominante es la HTA, seguida por la IRA y enfermedades de los dientes y su tejido de sostén.

10.- ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS PRINCIPALES CAUSAS Y SOLUCIONES DE LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES PRIORIZADAS

Haciendo un análisis de las principales causas de la problemática en salud encontrada en el municipio de Purísima de acuerdo al perfil epidemiológico, tenemos que el Clima cálido, húmedo y seco que favorece el aumento de vectores y reservorios de enfermedades tropicales.

Topografía plana, anegadiza, que favorecen las inundaciones, desastres, epidemias, enfermedades transmitidas por vectores y la contaminación de la ciénaga que favorece la aparición de enfermedades de origen hídrico.

Tala de bosques y destrucción de micro cuencas, quemas, que disminuyen las fuentes de agua y favorece la propagación de vectores.

Factores asociados a la falta de saneamiento básico, la mala calidad del agua que sirven los acueductos o el consumo de aguas de fuentes directas, sumado al mal manejo domiciliario, provocan la presencia de enfermedades gastro-entéricas de origen viral, parasitario y bacteriano; Si hay servicio de alcantarillado y letrización, lo que deja un poco margen de población urbana y rural que efectúa las deposiciones a campo abierto, lo que contribuye a la presentación de enfermedades infecciosas y parasitarias.

La disposición de basuras es la más adecuada en la disposición final de la zona urbana, donde hay relleno sanitario, en la zona rural también se coloca la basura a campo abierto, con lo que se hace es trasladar el problema de un lado a otro, produciendo contaminación ambiental y propagación de artrópodos o roedores transmisores de enfermedad.

La costumbre arraigada de quemar las basuras en los patios ocasiona contaminación del aire y favorece la aparición de enfermedades respiratorias.

La actividad agropecuaria como componente principal de la economía constituye otro factor de riesgo, ya que el uso de insecticidas y herbicidas en los cultivos, contaminan el aire, el suelo y finalmente las corrientes de agua, lo mismo sucede con el uso de detergentes y órganos fosforados que a corto o largo plazo se

convierten en agentes contaminantes que deterioran la salud de sus manipuladores y a las personas que viven aledañas.

En lo referente a la industria pecuaria cabe resaltar las deficiencias técnicas de producción en que se manejan estas actividades, que promueven la infestación por teniasis en humanos.

En cuanto a la solución de los problemas y necesidades priorizadas, podemos decir que con el mejoramiento de los servicios públicos domiciliarios una mayoría de los problemas de salud serian mejorados y contenidos gran parte de los brotes y epidemias encontrados.

El servicio de energía eléctrica abarca el 95% de la zona urbana y el 80% de la zona rural; En general la cobertura del servicio de energía eléctrica para todo el municipio es del 87.5%, esto nos ayuda a mantener condiciones de vida mejores para la población que pueden realizar actividades de mejoramiento de la calidad de vida.

Encontramos deficiencias con servicio telefónico fijo, En general el servicio para todo el municipio es del 30%.

El servicio de agua potable es prestado por la Empresa JASPPU quien actúa en calidad de administradora de las redes del alcantarillado y agua potable y además el aseo publico. Distribuidora en la zona urbana, la cual es deficiente por falta de recursos económicos en bajo Sinu.

Tenemos que en la zona urbana reciben el servicio de agua potable 1260 usuarios que equivale al 100% y en la zona rural 506 usuarios que equivale al 30%.

El servicio de gas domiciliario: la cobertura de gas natural total es del 66.6% cubre zona urbana y parte de la zona rural.

En el municipio de purisima el servicio de alcantarillado, es del 47.7% en la zona urbana y en la zona rural es del 0%.

La recolección de basuras se da en un 45.9% en el municipio, la frecuencia de recolección es una vez por semana en cada barrio. Por lo que arroja un parámetro de recolección deficiente.

El servicio no existe en la zona rural de purisima, por tal razón la mayoría de los habitantes se ven en la necesidad de quemar las basuras.

Existen Escenarios Deportivos en el Municipio de Purisima, aunque tiene poca cobertura en estructura deportiva, por lo que la practica de las diferentes disciplina se hace difícil para los moradores. En la zona de los corregimientos se han adelantado planes de construcción de polideportivos,

lo que ha ayudado a mejorar la situación en este aspecto. Existe un estadio de softbol en la cabecera Municipal.

Tipo de Escenario	Lugar
Parques	Barrio buenos aires, barrió san Juan de las palmas, central y san Rafael.
polideportivos	Parque Simón Bolívar, y Colegio Juan XXIII
Canchas Urbanas	Fútbol, Colegio Juan XXIII. Baloncesto Colegio Juan XXIII. Estadio de Softbol 10 de Mayo.
Canchas Rurales	Polideportivo Corregimiento San Pedro de Arroyo Hondo. Polideportivo Corregimiento los Corrales. Polideportivo Corregimiento de Aserradero. Softbol y Béisbol Corregimiento los Corrales

11. DESCRIPCION DE LOS OBJETIVOS DE ACCION POR EJE PROGRAMATICO A MEDIANO Y LARGO PLAZO (acordes con los hallazgos del diagnostico)

- 1 METAS DE ACCION (por cada eje programático)
- 2 DESCRIPCION DE LAS AREAS SUBPROGRAMATICAS
- 3 ESTIMACION Y PROYECCION PRESUPUESTAL
- 4 IDENTIFICACION DE LOS MEDIOS PARA LA ARTICULACION DE LAS METAS
- 5 RESPONSABLES DE LOS EJES PROGRAMATICOS.

SINTESIS DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

Anexos técnico 1

PROYECTO DE INVERSION

Anexo técnico 2

CAPITULO III

PLANES OPERITIVOS ANUALES

Anexo 3 y 4

CRONOGRAMA INFORMES DE GESTION DE LOS PLANES DE SALUD TERRITORIAL

Anexo técnico 5