



Plan de Salud Territorial 2008-2011

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de seguridad Social en Salud en nuestro País se ha fundamentado bajo el esquema de promoción de la Salud y prevención de la enfermedad, cuyas acciones puntuales se encuentran dentro de mecanismos jurídicos, políticos y económicos que conllevan a la búsqueda constante de la salud multisectorial, desde el Nivel Nacional, Departamental y Municipal, teniendo presente que cada uno posee su responsabilidad ante la comunidad.

Para garantizar un sistema confiable en la salud es necesario la planeación estratégica y el trabajo en Equipo de modo que se obtengan resultados altamente calificados, eficientes y oportunos.

En la aplicación de políticas públicas que mejoren el estado de la salud y la calidad de vida de la comunidad, se encuentra la planeación y formulación estratégica del Plan de Salud Territorial, el cual comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y acciones previstas en el



plan obligatorio de Salud – POS – del régimen contributivo y subsidiado y el de riesgos profesionales.

El plan de salud territorial es formulado bajo el levantamiento de perfiles de salud territorial desde el punto de vista Gubernamental, Técnico y Comunitario, para que al definir la política pública en salud pueda garantizar las condiciones que permitan el mejoramiento del estado de salud, prolongando los años de vida libres de enfermedad, además de promover estilos de vida que sean saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud y recuperando y minimizando el daño en la misma.





1. GENERALIDADES DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

1.1 MARCO TEÓRICO

Las políticas públicas definidas en salud proporcionan un beneficio significativo y positivo de manera individual y colectiva, permitiendo cumplir con el propósito nacional que es el mejoramiento de la salud en la comunidad.

El Plan de Salud Territorial se formula con el fin de cumplir con las funciones prioritarias de brindar a toda la población y de manera gratuita las condiciones necesarias para que en esta se controlen riesgos de enfermar o morir por causas Sociales o ambientales y de elevar la calidad de vida de la comunidad teniendo en cuenta la situación actual de Salud del Municipio.

La salud en la comunidad no únicamente resulta de la atención oportuna y eficiente de la población enferma, si no cuando existe satisfacción de las necesidades básicas de los individuos, y son congruentes todos los sectores, niveles y programas.



Es indispensable que para obtener resultados óptimos y se logre mejorar el estado de salud de la población, se involucren todos los sectores, de modo que cada programa se complemente el uno para el otro.

El Plan de Salud Territorial es realizado bajo los esquemas y lineamientos Nacionales, cumpliendo con las características que permiten beneficiar a toda la población sin generarle costos, y el periodo corresponde a cuatro años 2008-2011.

Dicho Plan se realiza con base a la concertación de la Comunidad, concentrando los distintos Sectores, a los lineamientos administrativos, políticos y técnicos indicando con esto que el método utilizado fue el de Planeación Estratégica Participativa.

1.2 MARCO LEGAL

La ley 152 del 15 de julio de 1994, por la cual se establece la Ley orgánica del plan de desarrollo, determina que los municipios deberán contar con sus respectivos planes de desarrollo, diseñados por las administraciones para sus respectivos periodos de gobierno.



Teniendo en cuenta que la planeación es la primera y mas importante etapa de la gestión publica cuyos principios están contenidos en la constitución de 1991 y en la ley 152 del 94 y que es un proceso democrático donde se señalan las prioridades de acción, que posteriormente se convierten en políticas, estrategias, programas y proyectos ; los planes de desarrollo deben ser elaborados por el gobernante y los gobernados, para direccionar los propósitos y políticas en la misma dirección durante el periodo administrativo para el cual fue elegido el mandatario.

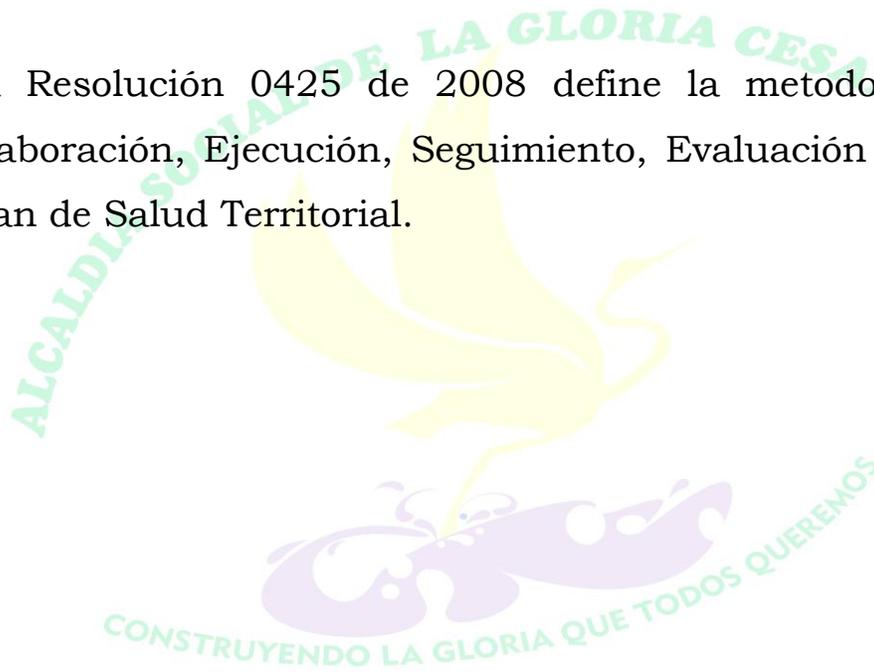
El Plan de Salud Territorial hace parte integral de la Dimensión Social del Plan de Desarrollo Municipal es concertado con la comunidad ya que es la misma quien presenta directamente sus necesidades básicas en salud, para cumplir con las expectativas de forma integral individual y colectiva.

Las acciones incluidas dentro del Plan de Salud Territorial poseen un soporte legal fundamentado en la Constitución Política, Ley 9 de 1979; ley 10 de 1990, ley 100 de 1993, Ley 715 del 2001, Ley 691 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1151 de 2007, Decreto 3039 de 2007 y Resolución 0425 de 2008, corresponde al Ministerio de la protección Social proveer de acciones integrales de Salud de manera Individual y Colectiva, de modo que mejoren las condiciones de Salud de la población.



De acuerdo con lo establecido en los artículos 32 y 33 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 1 del Decreto 3039 de 2007; el Plan Nacional de Salud Será de Obligatorio Cumplimiento para la Nación, Departamento, Distritos y Municipio.

La Resolución 0425 de 2008 define la metodología para la Elaboración, Ejecución, Seguimiento, Evaluación y Control del Plan de Salud Territorial.





2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar el estado de salud y calidad de vida, de la comunidad de la Gloria, garantizando la completa ejecución de actividades que promuevan la salud y minimicen el impacto de los riesgos sobre la misma.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Garantizar efectividad en el proceso de identificación y priorización en la afiliación al Régimen Subsidiado.
2. Ampliar cobertura utilizando los cupos con la población del listado de priorizados.
3. Garantizar pago oportuno a las EPS-S y esta a su vez a la IPS pública.
4. Realizar controles e interventoría al Régimen Subsidiado.



5. Mejorar la accesibilidad y calidad en los servicios prestados por el Hospital San José E.S.E
6. Promover la salud y la calidad de vida de la comunidad del municipio de La Gloria.
7. Prevenir y controlar riesgos biológicos, sociales y ambientales y sanitarios que promueven la aparición de enfermedades.
8. Promover la equidad en las poblaciones, garantizando la ejecución de programas dirigido a comunidades como:
 - Población discapacitada
 - Población desplazada
 - Infancia y adolescentes
 - Adulto mayor.
9. Prevenir, vigilar y controlar los riesgos derivados de los ámbitos laborales.
10. Mantener operando el Plan de Emergencia y garantizar la red de urgencias.



3. CARACTERISTICAS GENERALES DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

3.1 PROPÓSITOS

El Plan de Salud Territorial tiene cuatro propósitos fundamentales que consisten en:

1. Mejoramiento del Estado de la Salud en la Comunidad de la Gloria – Cesar.
2. Evitar la progresión y el acontecimiento de desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento de la población y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la comunidad de la Gloria – Cesar.



3.2 ENFOQUES

Para dar cumplimiento al propósito fundamental de mejorar el estado de la salud, se hace necesario generar una movilización social y articular las acciones de todos los sectores involucrados en el desarrollo de la población, de modo que a corto plazo se disminuya la carga que genera actualmente la enfermedad y a mediano y largo plazo se modifique dicha carga mediante la creación de condiciones y estilos de vida saludables; por lo tanto la política pública nacional ha suministrado tres enfoques que deben ser articulados al Plan.

3.2.1. POBLACIONAL

Consiste en las intervenciones en salud que se dirigen a la población con el fin de modificar los riesgos acumulados en cada momento del ciclo vital, incrementando la carga de enfermedad, mortalidad y discapacidad.

3.2.2 DETERMINANTES

Pertenecen a un conjunto de factores que inciden directamente en la salud de los individuos y comunidad, este enfoque



atribuye que los resultados en salud son producto de la interacción de los siguientes factores:

- Ambientales
- Herencia
- Comportamiento Humano
- Respuesta de los Servicios de salud

Este enfoque busca hacer énfasis en los factores que sean modificables.

3.2.3 GESTIÓN SOCIAL DEL RIESGO

Este enfoque plantea las soluciones a partir de un proceso dinámico y creativo que aborde los riesgos de salud en las poblaciones específicas, buscando identificarlos y modificarlos para evitar los desenlaces adversos ya que gran parte de los eventos en salud son predecibles y modificables.

3.3 PRINCIPIOS

Los principios que rigen el Plan de Salud Territorial son los siguientes:



3.3.1 UNIVERSALIDAD

Corresponde al derecho que tiene todo individuo sin discriminación alguna a la salud con calidad.

3.3.2 EQUIDAD

Consiste en el alcance del potencial de salud sin que se vea afectada por condiciones sociales determinadas y evitables.

3.3.3 CALIDAD

Es el derecho de toda persona a recibir servicios individuales y colectivos con oportunidad y calidad, con un nivel profesional óptimo que garantice la satisfacción del usuario.

3.3.4 EFICIENCIA

Consiste en la correcta utilización de los recursos administrativos, técnicos y financieros, con el fin de garantizar el derecho a la salud, entendiéndose como el acceso a los servicios integrales de promoción de la salud y calidad de vida.



3.3.5 RESPONSABILIDAD

Implica consecuencias administrativas, Penales, civiles y éticas para los actores que incumplan la normatividad, lo que garantiza el acceso a las acciones integrales individuales y colectivas con oportunidad, calidad, eficiencia y Equidad.

3.3.6 RESPETO POR LA DIVERSIDAD CULTURAL Y ÉTNICA

Consiste en el respeto por los usos, costumbres, territorios ancestrales, sitios sagrados, creencias frente a la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, bajo la concertación con la comunidad de modo que participe en la formulación, seguimiento y evaluación de los Planes de Salud.

3.3.7 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Consiste en la participación de la comunidad en la planeación, formulación, seguimiento y evaluación de los Planes de Salud, con el fin de garantizar que las prioridades en salud respondan a las necesidades sentidas de la comunidad.



3.3.8 INTERSECTORIALIDAD

Articulación de los distintos actores para que pueda lograrse resultados en salud eficaces, eficientes y sostenibles.

3.4 LÍNEAS POLÍTICAS

Para el desarrollo de la política en salud, con el fin de mejorar las condiciones de salud en la comunidad el Ministerio de la Protección Social ha definido las siguientes líneas políticas:

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.



3.5 EJES PROGRAMÁTICOS

El Plan de Salud Territorial estará integrado por seis ejes programáticos y son los siguientes:

3.5.1 ASEGURAMIENTO

Incluye áreas subprogramáticas de gestión como son:

- a) Promoción de la Afiliación al SGSSS.
- b) Identificación Y Priorización de la población a afiliar.
- c) Gestión y utilización eficiente de los cupos de régimen subsidiado.
- d) Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio.
- e) Celebración de los contratos de aseguramiento.
- f) Administración de la Base de Datos de afiliados.



- g) Gestión financiera del giro de recursos.
- h) Interventoría de los contratos de régimen subsidiado.
- i) Vigilancia y control del aseguramiento.

3.5.2 PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

Las áreas subprogramáticas son:

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

3.5.3 SALUD PÚBLICA

Las áreas subprogramáticas de carácter individual y colectivo son:

- a) Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.



- b) Acciones de prevención de los riesgos.
- c) Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- d) Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional en Salud Pública.

3.5.4 PROMOCIÓN SOCIAL

- a) Acciones de promoción de la salud y Prevención de riesgos en poblaciones especiales.
- b) Acciones de salud en la “Red para la superación de la pobreza extrema- Red Juntos”.
- c) Acciones educativas de carácter no formal para técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre promoción social.

3.5.5 PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS PROFESIONALES

- a) Acciones de Promoción de la Salud y calidad de vida en ambientes laborales.



- b) Acciones de inducción a los servicios de Promoción de la Salud y calidad de vida en ambientes laborales.
- c) Acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios, fitosanitarios, ambientales y los riesgos profesionales en ámbitos laborales.
- d) Acciones de sensibilización para reincorporación del Discapacitado en el sector productivo.
- e) Acciones de seguimiento y evaluación de resultados de la vigilancia en salud en el ambiente laboral.

3.5.6 EMERGENCIAS Y DESASTRES

- a) Gestión para la identificación y priorización de los riesgos de emergencias y desastres.
- b) Acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos de mitigación y superación de las emergencias y desastres.
- c) Fortalecimiento institucional para respuesta ante emergencias.



d) Fortalecimiento de la Red de Urgencias.





4. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MUNICIPIO DE LA GLORIA

4.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población del municipio de la Gloria, en el último censo realizado en el año de 2005, corresponde a 14.586 habitantes; encontrándose en la zona urbana 5.779 habitantes equivalente a un (39.6%) y 8.807 en la zona rural, que corresponde al (60.4%). Para el año 2007 la población estimada según el DANE es de 14.891, encontrándose en la zona urbana 6.115 habitantes, equivalente a un (41%) y en la zona rural 8.776, equivalente a un (59%); lo que significa que el aumento de la población en la gloria se ha dado mayormente en la Zona urbana aunque continúe la zona rural con la mayor población.

Existe una diferencia con la población SISBEN del Municipio ya que los Datos están dados así: la Población total del municipio corresponde a 16.724, de los cuales el 32.2%, (5.389 Habitantes) se encuentran en zona Urbana y el 67.8% (11.335 Habitantes) se encuentran en la zona Rural del Municipio.



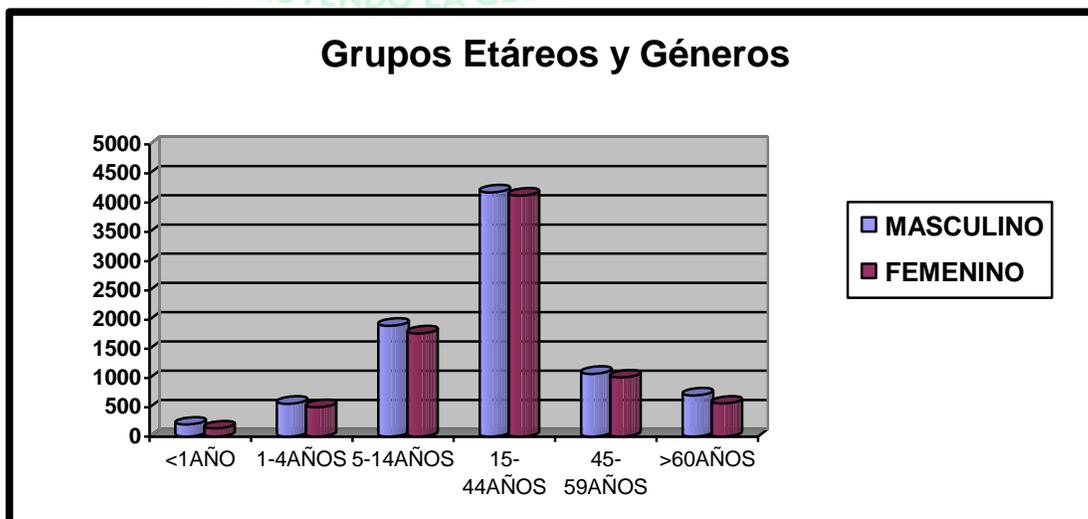
La población del Municipio se encuentra distribuida por grupos etáreos y géneros de la siguiente manera:

Tabla 1. Grupos Etéreos y Géneros

AÑOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1	206	141	347
1-4	561	503	1.064
5-14	1.895	1.764	3.659
15-44	4.178	4.121	8.299
45-59	1.078	1.010	2.088
>60	703	564	1.267
TOTAL	8.621	8.103	16.724

Fuente: Sisben Municipal

Figura 1. Grupos Etéreos y Géneros





El Municipio cuenta con una población desplazada de 79 personas lo que representa 43 familias.

Existe un contrato del régimen subsidiado para la población desplazada donde están afiliados 72 desplazados.

La población de Discapacitados corresponde a 187 personas, de las cuales no poseen caracterización, sino datos generales.

4.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

El municipio de la Gloria se encuentra ubicado en el sur del Departamento del Cesar y según Datos suministrados por el Departamento Nacional de Planeación posee una extensión aproximada de 735.5 Km², área correspondiente a 73.550 Hectáreas; La Gloria fue constituido como Municipio en el año 1936 bajo la Ordenanza N° 32.

El Municipio tiene su Casco urbano aproximadamente a 15 minutos, a 25 Kms aproximadamente del corregimiento de la Mata donde este último se encuentra en la troncal que va vía a la Costa Atlántica.

La jurisdicción ambiental corresponde a la Corporación Autónoma Regional del Cesar CORPOCESAR, cuya sede



principal está ubicada en Valledupar, a 317 Kms de este Municipio.

Los límites del municipio son:

NORTE : Municipios de Tamalameque y Pelaya.
SUR : Municipios de Gamarra y Aguachica.
ESTE : Departamento Norte de Santander
OESTE : Río Magdalena. Departamento de Bolívar

Plaza de la Iglesia Católica La Gloria





El Municipio de la Gloria cuenta con ocho (08) corregimientos los cuales son:

- **Ayacucho.**

Este corregimiento posee una extensión de 125.17 Km², es una Zona de Clima cálido con una temperatura promedio de 30°C, posee aproximadamente 398 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 1931.

- **Besote**

Besote posee una extensión de 32.13 Km², es una Zona de Clima cálido con una temperatura promedio de 30°C, posee aproximadamente 67 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 872.

- **Bubeta.**

Bubeta posee una extensión de 295 Km², es una Zona montañosa de clima cálido con una temperatura promedio de 30°C, posee aproximadamente 60 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 67.



- **Carolina.**

Cuenta con una extensión de 61.67 Km², es una Zona montañosa de Clima cálido con una temperatura promedio de 30°C, posee aproximadamente 48 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 146.

- **La Mata.**

Dicho corregimiento posee una extensión de 67.11 Km², es una Zona de Clima cálido con una temperatura promedio de 30°C, posee aproximadamente 340 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 1308.

- **Molina.**

Es un corregimiento que tiene una extensión de 82.01 Km², es una Zona montañosa de Clima cálido con una temperatura promedio de 30°C, con aproximadamente 25 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 389.

- **San Pablo.**

Este corregimiento posee una extensión de 71.83 Km², es una Zona Montañosa de Clima cálido con una temperatura



promedio de 30°C, posee aproximadamente 65 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 209.

- **Simaña.**

Este corregimiento posee una extensión de 73.6 Km², es una Zona de Clima cálido con una temperatura promedio de 30°C, posee aproximadamente 337 Viviendas y cuenta con una población aproximada de 1290.

Cincuenta (50) veredas hacen parte del Municipio de la Gloria y son:

Marquetalia, Palomar, Alto Cuaré, Cuaré Limite, La Trinchera; Caño seco, Cuero Tendido, Calle Real, Planada, Paraíso, Vega Grande, Payares, Seis de Mayo, Caño Guayabo, Boquerón, Los palmares, El Piñon, Las Nubes, Villa del Carmen, Viejo Pérez, El Trapiche, Gobernador, Los Cacaos, Caño Alonso, Las Puntas, Melendez, La Estación, La caldereta, San Juan, Llano Cruzado, Las Florez, Torcoroma, Santa Helena, Palma Sola, La Fe, Hato Nuevo, Bella Cruz, Santa Inés.



4.3 ASPECTO SOCIAL, POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO

4.3.1 NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

La Gloria posee un porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas según el DANE en el año 1993 el porcentaje con NBI era de 66.30% y en el 2005 el porcentaje fue de 54.77%.

4.3.2 HIDROGRAFÍA

La serranía de los motilones forma la parte montañosa en la zona oriental; el resto del territorio es plano, compuesta por extensos playones, su potencial hidrográfico es el río Magdalena, que pasa por el costado del municipio y en épocas de invierno genera inundaciones y desastres en la comunidad.

4.3.3 CLIMA

El municipio de la Gloria maneja las siguientes características climáticas:

Temperatura: Oscila entre los 28 y los 30°C; sin embargo en épocas de verano ha llegado a registrar temperaturas de 38°C.



Precipitación : 1583 mm/año en promedio.

Humedad Relativa : 77 - 82%.

Velocidad máxima del viento : 3 y 4 m/seg,

Brillo solar : 2538.4 horas/año.

Evapotranspiración : Potencial para un año típico es de 1028 mm.

4.3.4 TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN

El acceso al casco urbano del municipio de la Gloria se hace mediante el desvío de la troncal que va hacia la Costa Atlántica por el corregimiento de la Mata, de igual manera puede ingresarse desde el departamento del Bolívar por el río Magdalena; sin embargo existe zona rural de difícil acceso con caminos de herradura o carreteras en mal estado y la única forma que los campesinos puedan transportarse hacia algunas veredas es en caballos; lo que dificulta el desarrollo de la vacunación.

El Municipio cuenta con medios de comunicación como teléfono, Internet y de transporte terrestre como taxis, moto entre otros.



4.3.5 FESTIVIDADES

En el Municipio de la Gloria se celebran diversas festividades que le dan al municipio popularidad.

Virgen de la Candelaria 2 de Febrero

San Juan Bautista 24 de Junio

Fiestas patronales de la Virgen del Carmen 16 Julio

San Martín de porras 11 – 13 de Noviembre

La virgen de inmaculada 8 diciembre

4.3.6 ECONOMÍA

La fuente de ingresos de los habitantes de la Gloria es la Pesca, siendo ésta la principal actividad económica ya que aproximadamente el 75% de la población reciben beneficios de la misma ya sea directa e indirectamente, por otra parte una gran minoría se dedica al cultivo de Arroz y Sorgo especialmente.

Un porcentaje mínimo de la población se encuentra desempeñando cargos formales en la Alcaldía Municipal, el Hospital ESE San José, el Magisterio entre otros.



5. PERFIL EPIDEMIOLOGICO

5.1 TÉCNICO

Uno de los procesos fundamentales dentro de la formulación del Plan de salud Territorial corresponde al levantamiento idóneo del perfil epidemiológico donde se destaque los resultados de la vigilancia y los riesgos sanitarios, situación de servicios de salud y un diagnóstico financiero de los recursos destinados para la salud del Municipio.

Los datos recolectados para el análisis se tomaron de las instituciones públicas y privadas que operan en el municipio, con el fin que dicho análisis sea confiable y tenga el porcentaje mínimo de error.

5.2 COBERTURA EN SALUD

5.2.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO

El municipio cuenta con un total de afiliados al régimen subsidiado de 14.391 personas lo que corresponde a un 100% de afiliaciones según Datos DANE 2007 y un 86% según



SISBEN municipal, sin embargo haciendo un análisis comparativo puede establecerse lo siguiente:

En el año 2003 los afiliados al régimen subsidiado eran 11.386 de un total de 22.832 habitantes lo que correspondía a un 49.8%; es decir que el aumento de la cobertura se ha dado en el municipio de la Gloria en un 36.2%.

En el Municipio operan cuatro (04) EPS-S las cuales tienen afiliados de la zona urbana y rural del municipio como se muestra en la tabla 2.

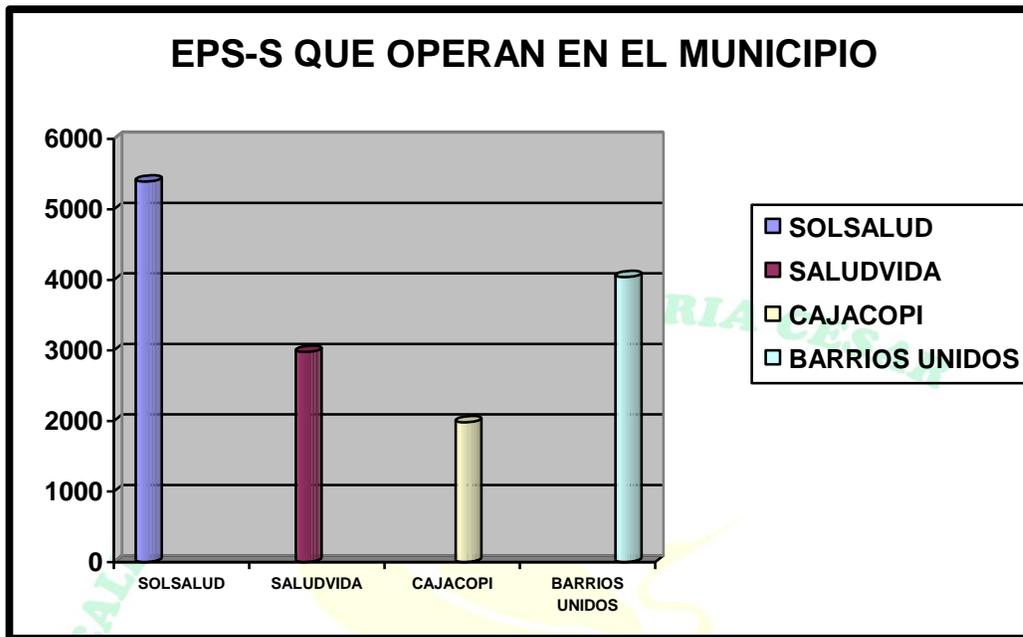
Tabla 2. EPS – S que operan en el Municipio

EPS-S	Afiliados		Total	Peso Porcentual
	Plenos	Parciales		
SOLSALUD	5395		5395	37.4%
SALUDVIDA	2977		2977	20.6%
CAJACOPI	879	1100	1979	13.7%
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIDDÓ	4040		4040	28.3%
	13291	1100	14391	100%

Fuente: Sisben Municipal



Figura No 2 EPS – S que operan en el Municipio



5.2.2 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

La Gloria cuenta con fuentes de trabajo formales donde estos empleados aportan al régimen contributivo cotizando en diferentes EPS, sin embargo existe la problemática que las EPS no son municipales y su nivel de atención se encuentra en el municipio de Aguachica lo que genera que en sus Bases de Datos no aparezca población de la Gloria, situación que crea inconvenientes en la determinación real de la población afiliada al régimen contributivo.



Las fuentes de trabajo formales corresponden a la Alcaldía Municipal, Hospital San José ESE, Magisterio, Banco Agrario y Comercio, entre otros.

Según Datos suministrados por el SISBEN municipal la población afiliada a este régimen es de aproximadamente 900 personas, siendo de gran importancia este dato ya que comparado con el año 2003 los afiliados correspondían a 238, notándose un aumento de la población cotizando en este régimen.

5.2.3 POBLACIÓN NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA

La población según datos del SISBEN que no se encuentra afiliada a ninguno de los regímenes anteriores es de 2493, dicha población ha disminuido con la política de cobertura universal, ya que en el año 2003 esta población equivalía a un 50% aproximadamente.

5.3 SERVICIOS EN SALUD

El municipio cuenta con un Hospital de primer Nivel de Atención, ubicado en el Casco urbano del Municipio, denominado “Hospital San José ESE”.



Cuenta con servicios de primer nivel como consulta externa en medicina General y Odontología, Urgencias, Cirugía General y Hospitalización; además tiene servicios de apoyo y complementarios como Rayos X, Ecografías y exámenes de laboratorio.

El recurso humano de la ESE corresponde a profesionales idóneos para sus cargos, siendo el recurso actual el siguiente:

Tabla 3. Recurso Humano de la E.S.E

AREA	CARGOS	TOTAL
ADMINISTRATIVA	GERENTE	1
	JEFE DE RECURSOS HUMANOS	1
	SECRETARIA EJECUTIVA	2
	AUX.ADMINISTRATIVO	3
ASISTENCIALES	MEDICO	4
	ODONTOLOGO	1
	BACTERIOLOGO	1
	ENFERMERAS	4
	AUX. AREA DE SALUD	3
SERVICIOS GENERALES	CELADOR	1
	AUX. SERVICIOS GENERALES	1

Fuente: Hospital San José E.S.E



Hospital San José E.S.E



Para garantizar las coberturas de servicios de salud y la accesibilidad al mismo en la zona rural el Municipio cuenta con dos centros y tres puestos de Salud localizados en los corregimientos de Ayacucho, Simaña, La Mata, Carolina y Besote respectivamente; sin embargo en los corregimientos de la mata y besote dichos puestos no están operando.

- **Centro de Salud de Ayacucho.**

Cuenta con Recurso Humano de un Medico, Odontólogo, Auxiliar en el Área de Salud y presta servicios de Medicina General y Odontología.



- **Centro de Salud de Simaña.**

Cuenta con Medico, Auxiliar en el Área de Salud y presta servicios de Medicina General.

Los corregimientos de La mata, Carolina, Besote, San Pablo, Bubeta, Molina; no se presentan centro de servicio en salud, por lo tanto los habitantes acuden al Centro de Salud más cercano.

El Municipio tiene una ambulancia para el transporte de pacientes y prestan servicio del municipio hacia instituciones de salud de referencia. En la restante zona rural para acceder al los centros de salud, puestos de salud o el Hospital San José deben hacerlo en transportes particulares y en el peor de los casos desde las veredas en bestias.

Durante el año 2007 se presentaron las siguientes consultas:

SERVICIO	CANTIDAD
Consultas Externa	25.241
Urgencia	1.661
Hospitalización	227
Odontología	3831



5.3.1 COBERTURA E INFRAESTRUCTURA SANITARIA

Tabla 4. Porcentaje (%) de Cobertura

ÁREA	ACUEDUCTO	ALCANTARILLADO	ASEO
CABECERA	84.6	43.7	34.8
AYACUCHO	75	20	0
SIMAÑA	80	0	0
BESOTE	10	0	0
LA MATA	25	0	0
CAROLINA	25	0	0
SAN PABLO	0	0	0
MOLINA	0	0	0

Fuente: Planeación Municipal

El Acueducto en la Zona Urbana cuenta con un sistema de captación, es decir por bombeo en pozo superficial, no cuenta con pozos profundos para el suministro; para el tratamiento de potabilización la planta no tiene laboratorio, se utiliza Aluminio Granulado tipo B y cloro Gaseoso, la filtración se hace a través de lecho de grava, arena y antracita, la desinfección se hace con cloro y sulfato. Para el almacenamiento se utilizan tanques con una capacidad de 288 metros cúbicos que se evacua en dos horas, lo cual no garantiza continuidad en el servicio; el servicio



se interrumpe diariamente debido a que la bomba de succión es de baja capacidad y a que la planta de tratamiento no tiene suficiente capacidad para suministro permanente. Según el estudio realizado por el laboratorio de Salud Pública Departamental ha sido apta para el consumo humano.

En la Zona Rural: en los corregimientos de La Mata, Simaña, y Besote el Sistema de Captación es Subterránea, en el corregimiento de Ayacucho el Sistema de Captación es por gravedad. La conducción a los hogares se hace por ductos que se encuentran en muy mal estado y su cobertura es solo para el área urbana de estos corregimientos, no existe Tratamiento de Potabilización, no se realizan estudios para determinar si es apta para el consumo humano.

- **Alcantarillado**

El Municipio cuenta con un depósito final que es la laguna de Oxidación, en donde se vierten las aguas negras, existen viviendas sin conexión al alcantarillado, por tanto la disposición de excretas la realizan en letrina o en inodoro con conexión a pozo séptico o al aire libre, o directamente al río.



El Hospital San José cuenta con un tanque séptico con trampas de grasas en donde previamente vierten las aguas negras y llegan al alcantarillado municipal.

Los vertimientos de las aguas del matadero municipal van directamente depositadas al río Magdalena en ductos subterráneos.

En el sistema de alcantarillado existen deficiencias como: existencia del tubo madre sin conexión a la acometida, existencia de manjoles pero sin conexión entre si, existencia del registro domiciliario pero sin acometida.

La cobertura registrada corresponde al corregimiento de ayacucho, los demás corregimientos y veredas no cuentan con servicio de alcantarillado.

• **Aseo**

El deposito final de basuras que realiza la Empresa de Aseo, es un botadero que se encuentran ubicado en al parte sur, a la entrada de la cabecera municipal. La recolección de basuras se hace 2 veces por semana, los operarios no cuentan con las más mínimas condiciones de seguridad, e higiene, para la recolección, manipulación y transporte de las basuras. La mayoría de los desechos son arrojados al río Magdalena



directamente. Existen recicladores sin ninguna instrucción y dotación. No se cuenta con el servicio de barrio ni recolección de basuras de las calles, por lo que se presenta gran cantidad de basuras dispersas.

En la Zona Rural no existen mecanismos formales para la recolección de los residuos; las basuras son arrojadas a los lotes baldíos o son quemados a las afueras de las viviendas.

5.3.2 SANEAMIENTO AMBIENTAL

El Municipio cuenta con un funcionario que labora para el hospital San José en el cargo de Técnico de Saneamiento, sin embargo actualmente no se encuentra operando, dicho técnico desarrollaba las siguientes funciones:

- Control de suministro y expendio de Alimentos en la Plaza de Mercado, matadero, vendedores ambulantes, con estos últimos se manejan indicadores de manipulación, comercialización e higiene personal. A los vendedores ambulantes se les hace control periódico por medio de pruebas de laboratorio tales como: Coprológico, KOH, TBC y Serológico.



- Control de manejo de aguas residuales: se realizan visitas a establecimientos especiales (Mataderos, escuelas y colegios), tiendas, almacenes y residencias.
- Control de Tratamiento de Agua Potable, se realizan una visita mensual a la planta de tratamiento para hacer recomendaciones del aseo de infraestructura y manejo del cloro y PH.

5.3.2.1 Complicaciones Del Medio Ambiente

- Contaminación de Fuentes de Agua (Río Magdalena y Ciénaga) por sustancias químicas como fungicidas, herbicidas, insecticidas y fertilizantes aplicados a los cultivos en cercanía a los cuerpos de agua sin reglamentación además por las aguas servidas y la inadecuada disposición de basuras.
- Existen algunas viviendas ubicadas por debajo del nivel del río Magdalena, por lo que en época de invierno presentan inundaciones, estancamiento de agua los cuales se convierten en criaderos de mosquitos.
- Existencia de lotes enmontados que favorece el criadero de vectores como Aedes, Cules, entre otros.



- Existencia de botaderos de basuras a campo abierto sin ningún tratamiento técnico.
- Rebosamiento y taponamiento de la red de Alcantarillado en época de lluvias.
- Existencia de estiércol en las calles, ocasionado por los animales domésticos.
- Existencia de humo producido por la quema de basuras.
- Ausencia del servicio de barrido de calles, insuficientes recipientes para la recolección; por lo que se presenta gran cantidad de basuras sobre las calles.

5.4 ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

El Municipio de La Gloria ha venido mostrando en los últimos años una gran mejoría en sus indicadores de cobertura; con el fin de lograr el objetivo propuesto de disminuir las tasas de morbilidad y prevenir las muertes por las enfermedades inmunoprevenibles en la población.



Sin embargo existen metas con bajas coberturas lo que ha limitado que la población mejore su estado de salud y la calidad de vida.

Para el planteamiento de las metas se hace necesario un levantamiento real de la situación de salud, por esta razón los datos que se suministran se dan por registro de estadísticas de las instituciones públicas del municipio, del DANE 2005, registros de la secretaría de Salud Departamental.

- **Morbilidad por Consulta Externa año 2005**

La primera causa de morbilidad corresponde a las infecciones respiratorias agudas, donde afectan especialmente a la población de 1 a 4 años siendo la tasa de morbilidad en esta edad de 23.4%.

Es relevante notar que la segunda causa de morbilidad corresponde a las infecciones de la piel donde la población mayormente afectada es la de 5-14 años con una porcentaje de 17.13%.

A pesar de los grandes esfuerzos realizados para disminuir la morbilidad por EDA, se siguen presentando altos índices de los



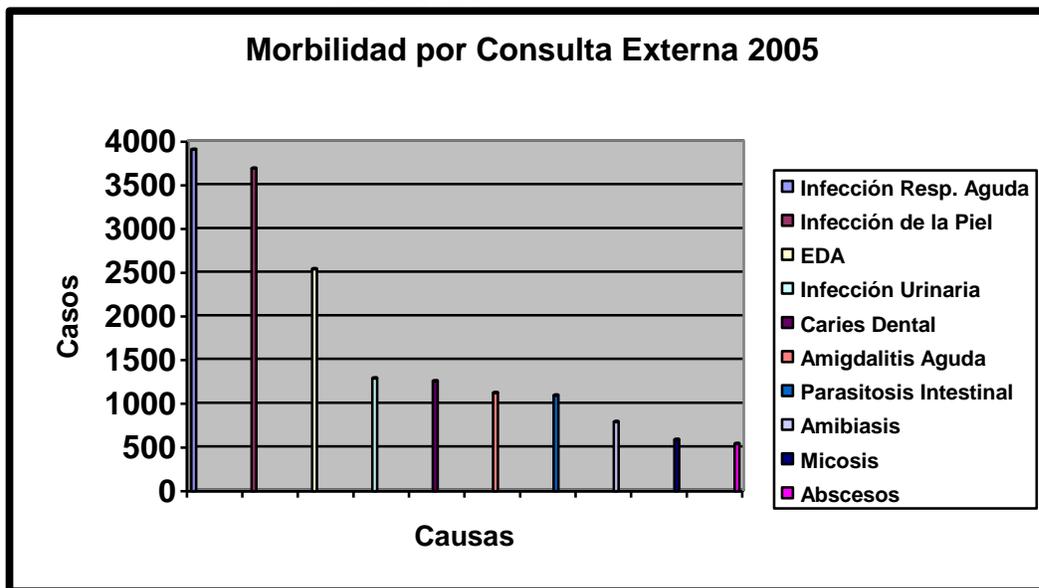
mismos, esto generado por el consumo de agua no potable, disposición inadecuada de residuos sólidos entre otros.

Tabla 5. Morbilidad por Consulta Externa año 2005

Causas	N° de Casos
Infección respiratoria aguda	3.907
Infección de la piel	3.692
EDA	2.540
Infección urinaria	1.289
Caries dental	1.257
Amigdalitis aguda	1.122
Parasitosis intestinal	1.092
Amibiasis	791
Micosis	588
Abscesos	540

Fuente: Hospital San José E.S.E

Figura 3. Morbilidad por Consulta Externa año 2005





- **Morbilidad por Egresos Hospitalarios Año 2005**

La primera causa de morbilidad por Egresos hospitalarios corresponde a infecciones urinarias, afectando mayormente al género femenino en edades entre 15-44 años de edad.

Es importante analizar la segunda causa de morbilidad, ya que corresponde a aborto incompleto sin complicación y la edad de presentación es de 15-44 años, siendo el número de casos 13 y el porcentaje de 14.13%.

Se establece que dichos abortos no presentaron ninguna complicación pero debe hacerse un estudio de la causa de dichos abortos, y si estas mujeres habían iniciado el control prenatal.

Tabla 6. Morbilidad por Egresos Hospitalarios Año 2005

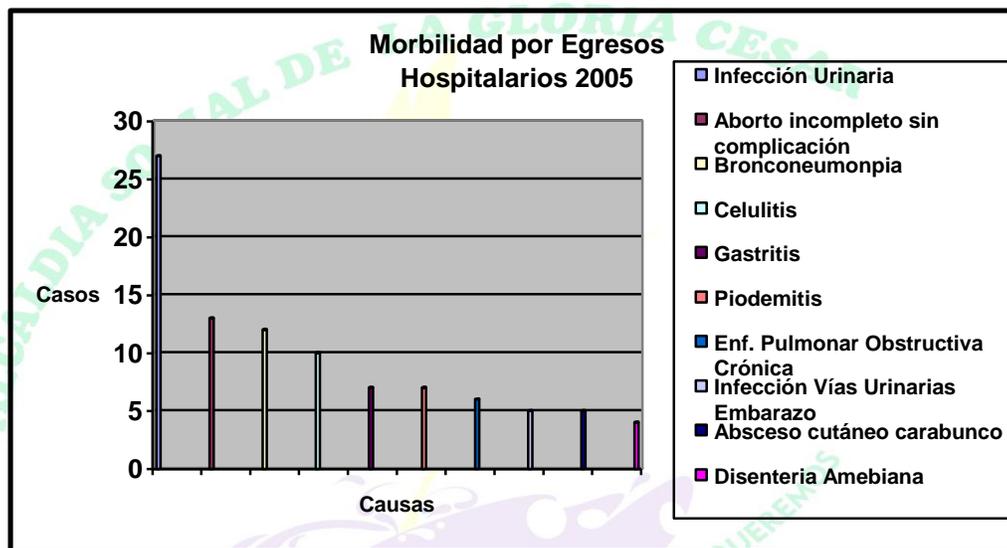
Causas	N° de Casos
Infección urinaria	27
Aborto incompleto sin complicación	13
Bronconeumonía	12
Celulitis	10
Gastritis	7
Piodemitis	7
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6



Infección vías urinarias en el embarazo	5
Absceso cutáneo carbunco	5
Disentería Amebiana	4

Fuente: Hospital San José E.S.E

Figura 4. Morbilidad por Egresos Hospitalarios Año 2005



- **Mortalidad Año 2005**

La primera causa de mortalidad en el municipio de la gloria está dada por infarto agudo del miocardio afectando en un 52.2% a la población mayor de 60 años, aunque se ha trabajado en el cambio de estilos de vida, aún la población posee conductas sedentaristas, existen altos índices de consumo de tabaco y alcohol, lo que puede ser un factor de riesgo de importancia para la presentación de esta causa de mortalidad.



Existe una sexta causa de mortalidad que tiene relación con la primera y es la insuficiencia cardíaca y si se suma este porcentaje al primero podría deducirse que el 34.77% de las muertes presentadas se dieron por afecciones cardíacas.

Una causa de mortalidad que esta pasando silenciosamente son las muertes por Cáncer, en este año se presentaron 4 muertes por cáncer entre próstata y de colon, en el año 2006 se presentaron 6 muertes por cáncer de útero, de Piel, de Columna, de cerebro, de pulmón, y de mama; en el 2007 fueron tres muertes por Cáncer de páncreas, cerebral y de estomago; es importante mencionar que del año 2005 a 2007 se han presentado 13 muertes por Cáncer.

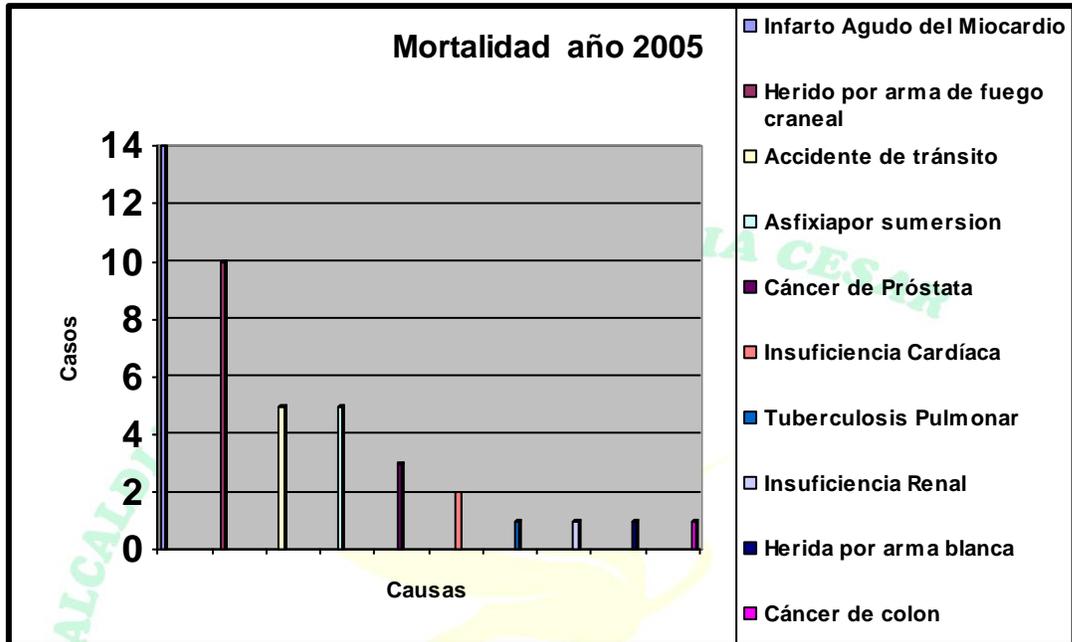
Tabla 7. Mortalidad año 2005

Causas	N° de Casos
Infarto Agudo del Miocardio	14
Herido por arma de fuego craneal	10
Accidente de transito	5
Asfixia por sumersión	5
Cáncer de Próstata	3
Insuficiencia cardíaca	2
Tuberculosis pulmonar	1
Insuficiencia renal	1
Herida por arma blanca	1
Cáncer de colon	1

Fuente: Hospital San José E.S.E



Figura 5. Mortalidad año 2005



- **Morbilidad por Consulta Externa año 2007**

La primera causa de Morbilidad en el Municipio son las infecciones Respiratorias agudas con 2.145 casos con corte a noviembre de 2007, esta causa se presenta en la población mayor de 5 años en los barrios más vulnerables y ubicados en zona de riesgo. Uno de los factores de riesgo se atribuye a la falta de educación a la comunidad y a la quema de basuras dentro del perímetro urbano.



Además se suma que en épocas de invierno aborda la necesidad sentida de alcantarillado en algunas viviendas por las inundaciones que deja el desbordamiento del Río Magdalena.

La segunda causa de morbilidad son las infecciones de Vías Urinarias presentándose mayormente en la población que ocupa rangos de edad entre los 21 y 44 años.

Es importante mencionar que la tercera, sexta y octava causas de morbilidad se relacionan con afecciones de las vías respiratorias, siendo en total todas estas de 5.490 representando el 55.64% de todas las causas de morbilidad.

De igual manera existe un alto porcentaje de casos de Hipertensión esencial primaria, y se relaciona a que no existen sitios de fomento de actividad física, a la inadecuada alimentación y malos hábitos como el consumo del cigarrillo.



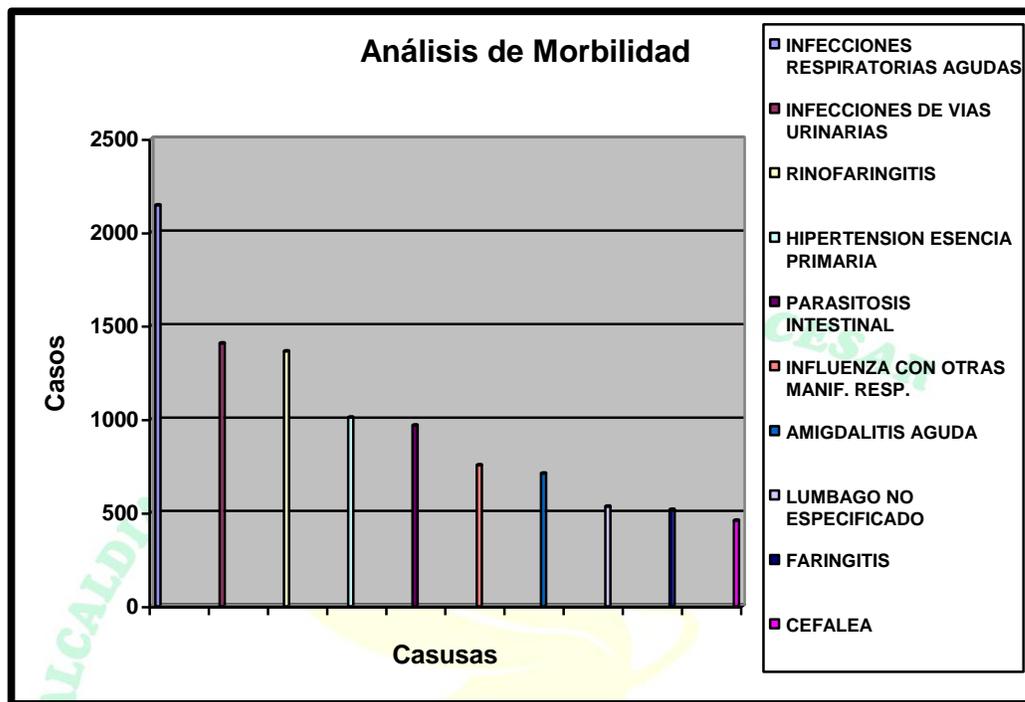
Tabla No. 8 Análisis de Morbilidad

CAUSAS	No DE CASOS
Infecciones Respiratorias Agudas	2.145
Infecciones de Vías Urinarias	1.406
Rinofaringitis	1.364
Hipertensión esencial primaria	1.010
Parasitosis Intestinal	968
Influenza con otras Manifestaciones Respiratorias	754
Amigdalitis Aguda	711
Lumbago no Especificado	533
Faringitis	516
Cefalea	459
TOTAL	9.866

Fuente: Hospita San José E.S.E



Figura 6. Análisis de Morbilidad



- **Análisis de Mortalidad en el Municipio de La Gloria**

La edad donde se presentó el mayor número de muertes fue en los mayores de 60 años con 24 casos a corte de noviembre de 2007, seguidamente de los hombres que se encuentran en un rango de edad entre los 15 y 44 años con 7 casos. Esto se debe básicamente a la falta de actividad física en los adultos mayores y a los malos hábitos alimenticios.

Es importante recalcar que aunque se han implementado políticas de protección materna y perinatal, en este año se



presentó dos casos de muerte perinatal lo que conlleva a preguntarse por el impacto que generan las acciones de promoción y prevención.

Dentro de las primeras causas de mortalidad en la población de la Gloria se encuentran:

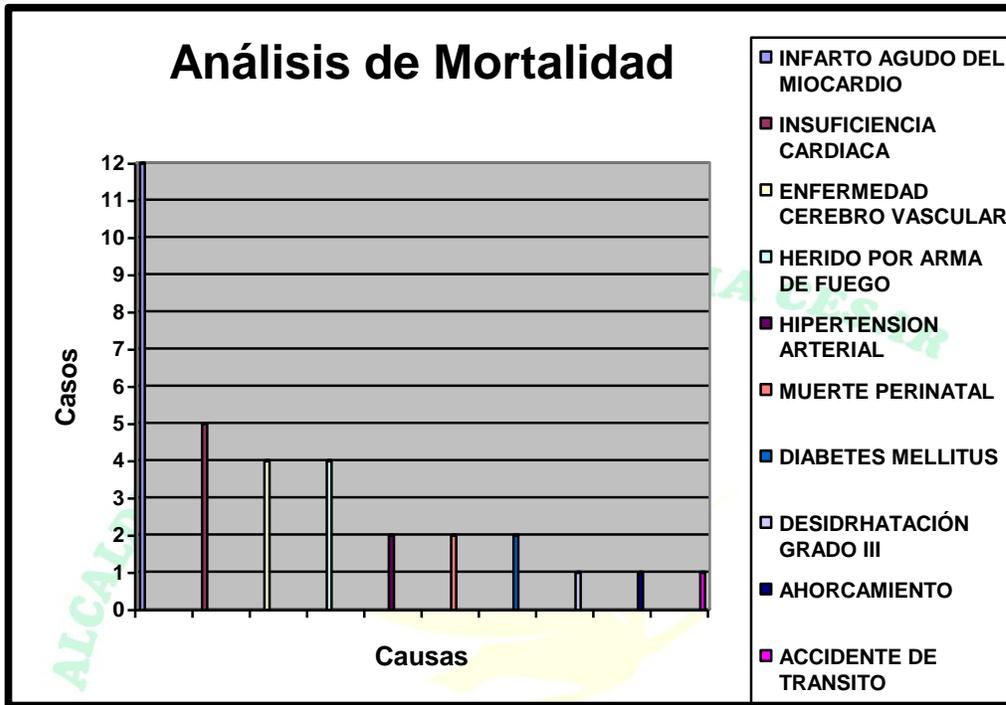
Tabla No 9. Análisis de Mortalidad

CAUSAS	No DE CASOS
Infarto Agudo del Miocardio	12
Insuficiencia Cardiaca	5
Enfermedad Cerebro Vascular	4
Herido por arma de Fuego	4
Hipertensión Arterial	2
Muerte Perinatal	2
Diabetes Mellitas	2
Deshidratación Grado III	1
Ahorcamiento	1
Accidente de Transito	1
TOTAL	34

Fuente: Hospital San José E.S.E



Figura No 7. Análisis de Mortalidad



5.5 PERFIL COMUNITARIO

Es indispensable que para que las acciones planteadas en el plan de Salud Territorial proporcione resultados favorables para el Municipio, se realice un levantamiento de problemas y necesidades sentidas por la comunidad.

Debido a lo anterior se realizó movilización social con la comunidad del municipio de La Gloria, donde se realizaron concertaciones incluyendo el área rural, mediante mesas de trabajo, dichas mesas se llevaron a cabo bajo previa



convocatoria pública; los resultados que arrojaron las mesas de trabajo fueron los siguientes:

➤ **SIMAÑA:**

La comunidad del corregimiento de Simaña, identificó las enfermedades más comunes, las cuales en su orden de importancia son:

- Infecciones respiratorias
- diarrea
- Hipertensión Arterial
- Lupus

Esta última causa de morbilidad, causó mortalidad en 3 personas de este corregimiento.

De igual manera identificaron las causas de mortalidad donde se registro que gran cantidad de porcentaje de las muertes se deben a cáncer de pulmón.

Dentro de los problemas identificados por los habitantes de simaña se encontraron:

- El puesto de salud amerita arreglos en infraestructura y dotación en equipos, ya que no posee suficiente dotación para la atención y prestación de servicios especialmente las embarazadas; en la atención en el



parto de igual manera existe necesidad de succionador, radio de comunicaci3n entre otros.

- Existe la problemática en el suministro de medicamentos, ya que la droguería encargada de entregar dichos medicamentos se encuentra en el casco urbano del municipio de la Gloria y el desplazamiento de la poblaci3n implican costos, adem3s en muchas ocasiones la droguería no tiene existencia del medicamento que se solicita. Debido a esta circunstancia surgi3 una alternativa de soluci3n, que los pacientes entreguen las formulas a la promotora del puesto de salud de este corregimiento, y la funcionaria se encargue de hacerlas llegar diariamente a la droguería para que posteriormente los medicamentos sean entregados a los usuarios.
- La comunidad manifiesta que el m3dico que atiende en el puesto de salud es solicitado constantemente para el casco urbano y esto genera alteraci3n en al prestaci3n del servicio de salud.
- Existe en este corregimiento una taza alta en ejercer el cultivo, las fumigaciones se realizan en avionetas, esto genera que los químicos terminen en la quebrada



simaña la cual se utiliza para el consumo. Para la comunidad las fumigaciones representan un grande riesgo, ya que aumenta los problemas respiratorios y pueden ser causa de la tasa de mortalidad de cáncer de pulmón.

- El corregimiento no cuenta con agua potable hay un pozo, que amerita limpieza.
- Como no hay recolector de residuos sólidos las personas destruyen las basuras con la quema.

➤ **MOLINA:**

En el corregimiento de Molina hay un puesto de salud que no está dotado y una promotora que actualmente no está laborando, de modo que la cobertura en vacunación puede verse afectada, demás puede ser un riesgo para los recién nacidos y mujeres embarazadas.

➤ **LA MATA:**

Este corregimiento está ubicado en toda la troncal que va hacia la capital del Departamento del Cesar; en mesa de trabajo se



identificaron las causas de morbilidad en orden de importancia así:

- Desnutrición
- Gripas
- Enfermedades del Colon
- Hipertensión Arterial
- Diarrea
- Tuberculosis
- Cáncer, especialmente de cuello uterino y próstata
- Infecciones de la piel

Las principales causas de mortalidad son:

- Cáncer
- Desnutrición
- Parasitosis Intestinal

Se identificaron y priorizaron los siguientes problemas y necesidades en salud:

- Existe un gran problema en saneamiento básico, ya que se cuenta con un matadero que está dentro del perímetro urbano del corregimiento y no cumple con ningún requisito de salubridad.



- No se cuenta con agua potable.
- Existe un centro de salud que no está operando por falta de dotación física, medicamentos y amerita adecuaciones en infraestructura e instalación de agua.
- Falta de médico general y odontólogo.
- Gran porcentaje de enfermedades respiratorias son debido a la quema de basuras, además el sitio donde se desechan las basuras está dentro del perímetro urbano y sobre la vía que va hacia la capital del departamento del Cesar.
- Hace falta la contratación de promotoras en las veredas: Melendez, Trapiche y Bubeta; por ende los programas de salud infantil se ven afectados.

➤ **BESOTE**

Se realizó concertación con la comunidad de Besote en una mesa de trabajo donde se priorizaron las 3 principales enfermedades:

- Gripe



- Diarrea
- Brote de piel.

La concertación conllevó a que se priorizaran los siguientes problemas:

- Existe problema con el agua, por insuficiencia y contaminación.
- Existe un puesto de salud con deterioro e insuficiente dotación.
- La promotora de salud no es del corregimiento, por lo tanto no es permanente lo que altera la atención; y en este corregimiento existen promotoras capacitadas para dicha atención.
- Las brigadas de salud son limitadas.
- El médico solo atiende cada 8 días y 4 horas por lo tanto la gente que se desplaza desde veredas lejanas no alcanza a ser atendido
- Los pacientes que son atendidos por urgencias generalmente se transportan en vehículos particulares



porque no hay ambulancia y se desplazan hasta el municipio de Aguachica por cercanía, la mayoría de ocasiones presentan problemas por atención, por lo tanto se solicita la posibilidad de celebrar un convenio con la ESE de Aguachica para la atención de urgencias de la comunidad de Besote.

- No hay presencia de odontólogo, ni permanente ni ocasional.

➤ **AYACUCHO**

La concertación se realizó en la unidad educativa donde se concertó con tres mesas de trabajo, y los participantes correspondían a personas del casco urbano y de veredas como: Cuare, 20 de febrero, paraíso entre toras.

Las enfermedades más comunes son:

- Diarrea
- Gripas
- Fiebre

En las veredas es importante destacar los brotes de la piel por las picaduras de insectos, dolor de cabeza, dengue clásico,



úlceras, hepatitis A, enfermedades del colon, parasitosis y una enfermedad que requiere mucha atención es la desnutrición.

Las causas de mortalidad según la comunidad son dadas por:

- Derrame cerebral
- Paros cardiacos
- Cáncer de cuello uterino
- Cirrosis hepática
- No existe un lugar adecuado donde arrojar las basuras, por lo tanto finalmente llegan a:
 - La quebrada
 - La entrada del pueblo
 - Cementerio
 - Cancha de fútbol
 - Parque
- Malos olores por criaderos de cerdos.
- Baja cobertura de alcantarillado.
- Poca cobertura de citologías.
- El agua que consumen los habitantes no es potable.
- Baja cobertura de programas para comunidades especiales como adulto mayor.



- No realización de brigadas de salud en veredas.
- Falta promotoras de salud en veredas.





6. PRIORIDADES EN SALUD

Con base a los resultados obtenidos en el diagnóstico de la situación de salud del Municipio de la Gloria se definen las prioridades y parámetros de modo que se de respuesta a las necesidades sentidas de la comunidad.

Una vez priorizado los problemas en la comunidad se detectaron cinco prioridades las cuales son:

1. Salud Infantil
2. Salud sexual y Reproductiva
3. Salud Mental y Lesiones Violentas Evitables
4. Nutrición
5. Hábitos de Vida



7. OBJETIVOS Y METAS

De acuerdo a las prioridades identificadas se focalizan los esfuerzos y recursos hacia las mismas con el fin de lograr impacto en la comunidad con respecto a la salud, además de lograr el objetivo fundamental a largo plazo y es el mejoramiento del estado de la salud y la calidad de vida .

Los objetivos son:

Mejorar la Salud Infantil

Mejorar la salud Sexual y reproductiva

Mejorar la Salud Mental y las Lesiones Violentas evitables.

Mejorar el Estado Nutricional.

Mejorar los hábitos de Vida

Objetivo 1. Mejorar La salud Infantil.

De acuerdo a los datos suministrados por las diferentes instituciones públicas a nivel Municipal, Departamental y Nacional, una de las poblaciones más vulnerables corresponde a la niñez ya que se encuentran expuestos a enfermedades generadas por el ambiente, por nivel social, económico y cultural además por el desarrollo del sistema inmunológico.



Las metas que se trazan son de acuerdo a la situación de salud del municipio de la Gloria, teniendo en cuenta que gran porcentaje de los niños se encuentran en zona rural y algunas de estas zonas son de difícil acceso lo que dificulta el ingreso para la realización de actividades de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos en salud, sin embargo esta condición los hace más vulnerables y por lo tanto se focalizarán recursos y medios para lograr que esta población reciba todos estos procedimientos.

Aunque la tasa de fecundidad ha descendido a nivel Nacional a un 2.5 hijos por mujer, a nivel Municipal dicha tasa ha aumentado siendo de 3.5 hijos por mujer en el 2005, siendo las poblaciones pobres y habitantes de la zona rural las más afectadas, lo que genera inequidades en el riesgo de morbilidad y mortalidad alterando la calidad de vida.

De igual manera el hacinamiento en los hogares ha aumentado ya que pasó de una tasa de 5.4 personas por hogar en el 2003 a una tasa de 6.7 personas por hogar en el 2005.

La implementación de políticas públicas de salud ha logrado grandes metas en la salud como la reducción de las muertes infantiles, sin embargo en el 2005 se presentaron dos casos de



muerres en menores de 1 a 4 años, por accidente de tránsito y asfixia por sumersión, lo que corresponde a un 4.3% de mortalidad infantil.

La morbilidad por EDA corresponde a un 20.2% en menores de un año y 27.4% en niños de 1-4 años, y de IRA a un 23.4% en niños de 1 a 4 años.

Las Enfermedades Inmunoprevenibles representan un nivel problemático irrelevante ya que el Programa Ampliado de Inmunizaciones ha sido continuo arrojando metas como la erradicación de Polio y Eliminación de Sarampión.

Meta a 2011:

Mejorar Las coberturas de Vacunación con BCG y lograr un 95% de cobertura con todos los Biológicos.

Disminuir la morbilidad infantil por IRA en menores de 1 a 4 años en un 19%.

Disminuir la Morbilidad infantil por EDA en menores de un año en un 18% y de 1 a 4 años en un 25%.

Afiliar al 80% de la población infantil al SGSSS.



Disminuir la Tasa de Mortalidad infantil en un 2.15%.

Garantizar Atención Integral en el 95% de las enfermedades Prevalentes de la Infancia.

Garantizar en un 100% la calidad de los biológicos manteniendo una adecuada Red de Frío.

Implementar en la IPS Pública la Institución amiga de la Mujer y de la Infancia.

Indicador:

Porcentaje de cobertura de vacunación.

Tasa de Morbilidad Infantil por EDA en menores de un año.

Tasa de Morbilidad Infantil por EDA en menores de 1-4 años.

Tasa de Morbilidad Infantil por IRA en menores de 1-4 años.

Tasa de Mortalidad Infantil.



Porcentaje de Atención integral de enfermedades Prevalentes de la infancia.

Porcentaje de adecuación de red de frío.

Línea Base:

Cobertura de Vacunación en menores de un año con esquema completo de 72.5%

Tasa de Morbilidad Infantil por EDA en menores de un año de 20.2%.

Tasa de Morbilidad Infantil por EDA en menores de 1-4 años de 27.4%.

Tasa de Morbilidad Infantil por IRA en menores de 1-4 años de 23.4%.

Tasa de Mortalidad Infantil en 4.3%

Atención integral del 85% de las enfermedades Prevalentes de la infancia.

90% de red de Frío adecuada



Objetivo 2. Mejorar La Salud Sexual y Reproductiva.

Debido a la política de salud sexual y reproductiva la mortalidad materna en el 2005 disminuyó, sin embargo en el año 2007 se presentaron dos casos de muerte perinatal representando un 4.7% de mortalidad.

La gloria posee una tasa de embarazos en adolescentes para el año 2005 del 0.32%.

La siguiente tabla muestra el total de las adolescentes embarazadas durante los años 2005.

Tabla No 10. Población de Adolescentes Embarazadas

AÑOS	TOTAL ADOLESCENTES	EMBARAZADAS	PORCENTAJE
2005	2.732	9	0.32%

Es contradictorio que habiéndose ejecutado el Programa de salud sexual y reproductiva en el municipio dirigido a los adolescentes, los casos de embarazos en adolescentes durante el 2007 aumentaron, de nueve casos en el 2005, 0.3% pasaron a 50 casos en el 2007 con una tasa de 1.8%.



El municipio posee una tasa de partos institucionales del 65% ya que existen parteras especialmente en la zona rural debido a la dificultad del transporte de la zona rural a la zona urbana, además de la inoperancia de los centros de salud de la mata, Besote entre otros.

En el Año 2006 se presentó un caso de muerte por VIH_SIDA y en el 2007 se diagnosticaron dos casos.

Meta al 2011.

Mantener la Tasa de mortalidad Materna.

Disminuir la tasa de muertes perinatales a un 3.5%.

Reducir la tasa de embarazos adolescentes a un 1%

Disminuir la morbilidad por VIH-SIDA.

Implementar atención integral al Paciente con VIH-SIDA.

Aumentar los partos institucionales a un 80%

Disminuir a un 0.7% de la morbilidad por cáncer de cuello uterino, mama y próstata.



Indicador.

Tasa de mortalidad materna.

Tasa de muertes perinatales.

Tasa de embarazos en adolescentes.

Tasa de Morbilidad por VIH-SIDA

Número de partos institucionales.

Línea Base

0.02% de muertes maternas.

4.7% de muertes perinatales.

1.8% de adolescentes embarazadas.

0.23% de morbilidad por VIH-SIDA.

65% de partos institucionales.



Objetivo 3. Mejorar la salud mental y las lesiones violentas evitables.

Aunque no existe el levantamiento de un diagnóstico de salud mental del los habitantes del municipio de la gloria, puede manifestarse de acuerdo a los casos detectados a través de la inspección de policía, y registros de atención del Hospital San José que los casos de atención responden a Depresiones, afectando especialmente a las mujeres en edades entre 14-44 años.

Por el nivel socioeconómico de la mayoría de los habitantes de la gloria existe un índice elevado de violencia en el hogar, lo que conlleva a que los adolescentes hijos se refugien en el alcohol y las sustancias psicoactivas.

Meta al 2011.

Implementar el 100% de la estrategia “atención primaria en Salud Mental”

Garantizar la operación de Redes de Apoyo Social y grupos gestores para la promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.



Garantizar los espacios institucionales y públicos libres de humo.

Indicador.

Estrategia de “atención Primaria en Salud Mental Implementada.

Nº de redes sociales de apoyo y grupos gestores operando.

Espacios libres de Humo.

Línea Base

Estrategia de “atención Primaria en Salud Mental” no implementada.

Redes de Apoyo Social y grupos gestores para la promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas inoperantes.

Espacios públicos e institucionales contaminados con humos.



Objetivo 4. Mejorar el Estado Nutricional.

De acuerdo a las valoraciones nutricionales realizadas en la población infantil, existe una incidencia elevada de problemas asociados a la nutrición donde en una prueba piloto realizada por una nutricionista en el año 2007, se valoraron a 316 niños de los cuales un 51.3% presentaron problemas de nutrición, de este porcentaje un 2.5% presentó Desnutrición avanzada o severa.

Meta al 2011.

Disminuir la Tasa de Desnutrición a un 45%.

Recuperar nutricionalmente a 10% de los menores de dos años con problemas de Desnutrición.

Garantizar la operación de la estrategia Instituciones amigas de la mujer y de la infancia en la ESE San José.

Garantizar la operación de la estrategia AIEPI en la ESE San José.

Disminuir la morbilidad por Desnutrición Grado III a un 1.8%



Garantizar que el 90% de las madres suministren la lactancia los seis primeros meses de vida y que suministren alimentación complementaria hasta los dos años.

Indicador.

Tasa de Desnutrición en menores de cinco años.

Menores de dos años recuperados de problemas de Desnutrición.

Estrategia Instituciones amigas de la mujer y de la infancia implementadas en la ESE San José.

Estrategia AIEPI operando en la ESE San José.

Morbilidad por Desnutrición Grado III.

Madres que lactan a su hijo mínimo hasta los seis primeros meses de vida y que suministran alimentación complementaria hasta los dos años.

Línea Base

49% de menores de cinco años con problemas de Desnutrición.



Inoperancia de estrategia IAMI en la ESE.

Limitaciones en la operativización de AIEPI.

2.5% de Desnutrición Grado III.

Objetivo 5. Mejorar Hábitos de Vida.

Entre los años 2005 y 2007 se presentaron siete casos de mortalidad por cáncer entre estos se encuentran, cáncer de pulmón, de próstata, de piel, de colon entre otros.

Una de las causas de mortalidad de gran importancia por ocupar el primer lugar en el año 2005, son los infartos cardíacos que pueden responder al sedentarismo, malos hábitos de alimentación, consumo de tabaco entre otras.

En el año 2007 se presentaron casos de morbilidad de Hipertensión esencial primaria, siendo esta causa en orden descendente la cuarta, con 1010 casos.

En ese mismo año el 67.6% de las mortalidades correspondieron a problemas relacionados con el cardiaco y cerebro vascular.



Existe una población mayor de dos años y de 12 años que se limitan por rechazo a acudir a los servicios de control de placas.

Por otra parte, la población mayor de 50 años es una población vulnerable, ya que por su proceso de envejecimiento va disminuyendo sus capacidades, dentro de esta la capacidad visual y no se realiza tamizaje y por ende tratamiento considerando que ya no se hace necesario.

Meta al 2011.

Aumentar Porcentaje a un 50% de cumplimiento en control de placas en mayor de dos años.

Aumentar Porcentaje a un 65% de cumplimiento en control de placas en mayor de doce años.

Promocionar espacios que protejan a la comunidad de padecer de enfermedades crónicas.

Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia que tiene detectar las enfermedades como hipertensión y cáncer a tiempo.

Realizar tamizajes visuales a los adultos mayores de 50 años e inducirlos a programas d control visual.



Indicador.

Cumplimiento de control de placas.

Espacios que protegen a la comunidad de padecer enfermedades crónicas.

Nº de exámenes realizados para detección temprana de enfermedades como cáncer de cuello uterino, próstata, mama, hipertensión arterial, diabetes, entre otras.

Línea Base

35% de cumplimiento en control de placas en mayor de dos años.

45% de cumplimiento en control de placas en mayor de doce años.

Poca sensibilización de la comunidad ante enfermedades crónicas.



Tabla 11. Relación Objetivo Municipal y Meta a 2011.

Objetivo Municipal	Meta a 2011.
Mejorar La salud Infantil.	Mejorar Las coberturas de Vacunación con BCG y lograr un 95% de cobertura con todos los Biológicos.
	Disminuir la morbilidad infantil por IRA en menores de 1 a 4 años en un 19%.
	Disminuir la Morbilidad infantil por EDA en menores de un año en un 18% y de 1 a 4 años en un 25%.
Mejorar La salud Infantil.	Afiliar al 80% de la población infantil al SGSSS.
	Disminuir la Tasa de Mortalidad infantil en un 2.15%.
	Garantizar Atención Integral en el 95% de las enfermedades Prevalentes de la Infancia.
	Garantizar en un 100% la calidad de los biológicos manteniendo una adecuada Red de Frío.
	Implementar en la IPS Pública la Institución amiga de la Mujer y de la Infancia.



Continuación tabla 11. Relación Objetivo Municipal y Meta a 2011.

Objetivo Municipal	Meta a 2011.
Mejorar La Salud Sexual y Reproductiva.	Mantener la Tasa de mortalidad Materna.
	Disminuir la tasa de muertes perinatales a un 3.5%.
	Reducir la tasa de embarazos adolescentes a un 1%
	Disminuir la morbilidad por VIH-SIDA.
	Implementar atención integral al Paciente con VIH-SIDA.
	Aumentar los partos institucionales a un 80%
Disminuir a un 0.7% de la morbilidad por cáncer de cuello uterino, mama y próstata.	

Continuación tabla 11. Relación Objetivo Municipal y Meta a 2011.



Objetivo Municipal	Meta a 2011.
Mejorar la salud mental y las lesiones violentas evitables.	Implementar el 100% de la estrategia “atención primaria en Salud Mental”
	Garantizar la operación de Redes de Apoyo Social y grupos gestores para la promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.
	Garantizar los espacios institucionales y públicos libres de humo.



Continuación tabla 11. Relación Objetivo Municipal y Meta a 2011.

Objetivo Municipal	Meta a 2011.
Mejorar el Estado Nutricional.	Disminuir la Tasa de Desnutrición a un 45%.
	Recuperar nutricionalmente a 10% de los menores de dos años con problemas de Desnutrición.
	Garantizar la operación de la estrategia Instituciones amigas de la mujer y de la infancia en la ESE San José
	Garantizar la operación de la estrategia AIEPI en la ESE San José.
	Disminuir la morbilidad por Desnutrición Grado III a un 1.8%
	Garantizar que el 90% de las madres suministren la lactancia los seis primeros meses de vida y que suministren alimentación complementaria hasta los dos años.



Continuación tabla 11. Relación Objetivo Municipal y Meta a 2011.

Objetivo Municipal	Meta a 2011.
Mejorar Hábitos de Vida.	Aumentar Porcentaje a un 50% de cumplimiento en control de placas en mayor de dos años.
	Promocionar espacios que protejan a la comunidad de padecer de enfermedades crónicas.
	Sensibilizar a la comunidad sobre la importancia que tiene detectar las enfermedades como hipertensión y cáncer a tiempo.
	Realizar tamizajes visuales a los adultos mayores de 50 años e inducirlos a programas d control visual.