



NIT 800096623-2

PLAN TERRITORIAL DE SALUD – MUNICIPIO DE SAN DIEGO 2008-2011

TABLA DE CONTENIDO	
1. Capítulo 1 Marco Conceptual	3
1.1 Marco Jurídico	6
1.2 Definiciones	7
1.2.1 Salud Pública	7
1.2.2 Promoción de la Salud	7
1.2.3 Prevención de la enfermedad	7
1.2.4 Vigilancia en Salud Pública y control de factores de riesgo	7
1.3 Metodología para la realización del Plan Territorial de salud	8
1.3.1 Generación de Condiciones para la planeación	8
1.3.2 Elaboración del proyecto del Plan de Salud Territorial	8
2. Diagnóstico en Salud de la población	10
2.1 Características generales del territorio	10
2.1.1 Reseña histórica	10
2.1.2 Ubicación geográfica	12
2.1.3 Aspecto cultural	13
2.1.4 División política	14
2.1.5 Actividad económica	14
2.1.6 Religión	16
2.2 Aspectos demográficos	17
2.2.1 Natalidad	17
2.2.2 Mortalidad	18
2.2.3 Migración	20
2.2.4 Pirámide poblacional	21
2.3 Aspectos socioeconómicos	23
2.3.1 Escolaridad	23
2.3.2 Porcentaje de población con NBI por municipio y área, Cesar 2005	26
2.4 Riesgos epidemiológicos	27
2.4.1 Perfil de morbilidad	27
2.5 Perfil de mortalidad	39
2.6 Identificación de riesgos epidemiológicos	41

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

2.7	Perfil de riesgos y prestación de servicios	42
2.8	Prevalencia e incidencia de enfermedades en salud pública	42
2.9	Situación de la red prestadora de servicios. Estado de aseguramiento	45
2.9.1	Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad social en Salud	45
2.9.2	Capacidad instalada de la Red Pública	47
2.9.3	Capacidad instalada de la Red privada	48
2.9.4	Promoción Social	49
2.9.5	Riesgos profesionales	49
2.9.6	Emergencias y Desastres	49
2.10	Sistema de Referencia y Contrarreferencia	50
3.	Definición Plataforma Estratégica	51
3.1	Visión	51
3.2	Misión	52
3.3	Propósito del Plan Territorial de Salud	52
3.4	Enfoques del Plan territorial de Salud	52
3.4.1	Concertación comunitaria	52
3.4.2	Enfoque poblacional	52
3.4.3	Enfoque de determinantes en Salud	53
3.4.4	Enfoque de gestión Social de Riesgo	55
3.5	Principios del Plan territorial de Salud	58
3.6	Lineamientos de política	59
3.6.1	Promoción de la Salud y Calidad de Vida	60
3.6.2	Prevención de los riesgos	61
3.6.3	Recuperación y superación de los daños en salud	62
3.6.4	Vigilancia en Salud y Gestión del Conocimiento	63
3.6.5	Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública	64
4.	Anexos técnicos	65
4.1	Anexo técnico No. 1	66
4.2	Anexo técnico No. 2	90
4.3	Anexo técnico No. 3	93
4.4	Anexo técnico No. 4	122
5.	Otros Anexos	151



NIT 800096623-2

PRESENTACION

CAPITULO 1. MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con la Constitución Política de Colombia es obligación del estado garantizar el acceso a la salud de todo colombiano, mediante la estructuración de un sistema que genere las coberturas en cuanto a servicios y suficiencias necesarios para proveer atención individual y colectiva de acuerdo con los tópicos que en materia de salud afecten a los integrantes del territorio nacional.

El Plan de Salud se convierte entonces en el producto de la discusión sobre la problemática detectada en la población como consecuencia de la falta de integralidad de las acciones y recursos del sector debido a la pluralidad y dispersión entre sus actores, lo cual lo convierte en la alternativa de solución para la reorientación de las mismas hacia la movilización social y el logro de un trabajo intersectorial equilibrado dando cumplimiento así a la responsabilidad del estado de garantizar la protección individual y colectiva de la población, proyectando una mejor utilización de los recursos para enfrentar los desafíos que nos impone la situación actual, trazar metas que permitan modificar y adaptar la naturaleza de los riesgos frente a la carga y progresión de la enfermedad, el envejecimiento y en general mejorar la calidad de vida de su gente.

Se convierte en condicionante para un buen resultados de las políticas sectoriales mejorar la salud, combatir la pobreza y mejorar las competencias entre cada uno de los actores, la generación de acciones coherentes con el resultado del análisis de la situación del ente en los ejes temáticos contemplados en el decreto 3039 de 2007, la conformación de equipos intersectoriales para la discusión y fortalecimiento de las aplicaciones correctivas a corto, mediano y largo plazo, además de la formulación de metas conjuntas alcanzables capaces de medir el impacto en el tiempo y que permitan recomponer en casos necesarios el Plan, teniendo en cuenta la evaluación permanente de resultado.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

Como se establece en la Resolución 0425 de 2008, los ejes programáticos contemplados en el PLAN NACIONAL DE SALUD enfrentan los retos impuestos por la situación actual de la transición demográfica, natalidad, mortalidad y crecimiento poblacional decrecientes, la transformación del comportamiento epidemiológico, en el que se observa el decrecimiento de las enfermedades transmisibles frente a un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles condiciones socioeconómicas de procesos de cambio en el desarrollo de la población inherente a su comportamiento, actitudes y prácticas propias de un proceso de distribución poblacional y de globalización, situación que formula entonces la necesidad de plantear compromisos institucionales de mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud, la oportunidad de formación del recurso humano y técnico de las empresas del sector, conducir a estándares máximos de calidad en la prestación de los servicios y en general producir un impacto positivo en la salud de la población Colombiana.

La distribución de las responsabilidades con base en conceptos geopolíticos y descentralizados inducen a los municipios a involucrar dentro del Plan de Desarrollo, Plan Bienal y cada una de las estructuras propias del área de desarrollo evolutivo de la salud y de mejoramiento de las condiciones humanas unas responsabilidades y asignación de recursos de acuerdo con su competencias, para garantizar las acciones individuales y colectivas complementarias en salud, aprovechamiento al máximo de los recursos y la exigencia para el cumplimiento de las acciones de vigilancia y control sobre los actores desde el punto de vista de aseguramiento de la calidad en los servicios y mantenimiento de la Red de prestadores acordes con la normatividad vigente hacia la satisfacción plena de las necesidades de salud y coherentes con el perfil epidemiológico, las políticas territoriales y la participación ciudadana a través de la concertación de fenómenos incidentes en la problemática.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

En la Resolución 3039 de 2007 se definen las características del Plan y cinco líneas de acción desde el punto de vista de las políticas de salud, asignando la responsabilidad de respuesta a cada uno de los sectores que conforman el SGSSS, dirigido hacia una

participación integral de las aseguradoras tanto de salud como de riesgos profesionales y una visión más amplia hacia la prevención de los riesgos que enfrentan las comunidades de cada uno de los entes, además de la disposición de las prioridades nacionales de acuerdo con la situación de salud y del reto frente a las estrategias del milenio establecidas a nivel internacional, mediante la formulación de proyectos tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población de manera integral priorizando la población infantil, la reducción de la desnutrición y la protección de los adolescentes frente a las agresiones físicas y psicológicas debidas a la exposición al tráfico y abuso sexual, estableciendo parámetros claros sobre la definición de condiciones que imperativamente deben cambiar actitudes y prácticas de auto-cuidado en salud, haciendo énfasis en las estrategias de comunicación para que la comunidad tenga mayor compromiso con la auto-conservación y utilización apropiada de los recursos de salud los cuales no serán suficientes sin que se fortalezcan las condiciones de saneamiento básico, las necesidades básicas insatisfechas y un entorno favorable al adecuado desarrollo integral del individuo indispensables para impulsar la cultura de salud en el municipio de San Diego en el próximo cuatrienio.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

1.1. MARCO JURIDICO

NORMATIVIDAD	FECHA	APLICACIÓN
Ley 100	1993	Ley de Seguridad Social en Salud.
Ley 152	1994	Ley Orgánica Plan de Desarrollo
Ley 715	2001	Ley de Competencias y Recursos
Ley 1122	2007	Reforma a la Ley 100 de 1993
Resolución 3042	2007	Organización, estructura y manejo de los fondos de salud en el territorio nacional.
Decreto 3039	2007	Adopción y Lineamientos de Política para el Plan Nacional de Salud Pública
Resolución 0425	2008	Lineamientos para la elaboración de los planes sectoriales de salud.
Carta Circular 001	2008	Lineamientos sobre la ejecución de acciones colectivas de salud pública incluidas en los planes territoriales.



NIT 800096623-2

1.2. DEFINICIONES

1.2.1. SALUD PÚBLICA:

Conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

1.2.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD:

Se define como la integración de las acciones intersectoriales que se realizan con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de la enfermedad, estilos de vida que generen mejores condiciones físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades.

1.2.3. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

Son todas las acciones encaminadas a controlar el impacto de los factores de riesgo biológicos, ambientales y de comportamiento que pueden traducirse en enfermedad, que ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

1.2.4. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO:

Son todas las acciones orientadas a la identificación, seguimiento y control de los principales factores biológicos, del comportamiento y del ambiente, así como a la observación y análisis de los eventos en salud que ellos ocasionen.



NIT 800096623-2

1.3. METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

De acuerdo con lo previsto en la normatividad vigente Decreto 3039 sobre la participación ciudadana en la identificación y priorización de los problemas que impactan negativamente en la salud y las alternativas de solución que deben quedar insertas en el Plan Territorial de Salud del municipio de acuerdo con las condiciones sociopolíticas y la participación intersectorial. La Resolución 0425 de 2008 artículo 7 describe tres fases las cuales se cumplieron a saber:

1.3.1. GENERACIÓN DE CONDICIONES PARA LA PLANEACIÓN:

- Convocatoria y capacitación sobre el Decreto 3039, y Resolución 0425 a los principales actores sociales, políticos e institucionales que deberán acompañar a la dirección Territorial de Salud en la elaboración del proyecto de Plan de Salud Territorial.
- Convocatoria y realización de Foros y mesas de trabajo con los actores representados. Durante la jornada se adelanta la concertación y priorización de factores de riesgo que impactan el perfil epidemiológico del municipio, y planteamiento de alternativas de solución desde los enfoques planteados en el Decreto 3039 entendiendo el Plan de Salud Territorial como el resultado de la movilización intersectorial y la articulación de acciones correctivas en salud con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y plantear estrategias futuras para una mejor calidad de vida. (ver anexo consolidado de priorización)

1.3.2. ELABORACIÓN DEL PROYECTO DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

a). Una vez analizado el perfil epidemiológico del municipio años 2000 a 2007, estableciendo marco comparativo de comportamiento de los diferentes eventos sujetos a intervenciones, estado actual desde el punto de vista sanitario

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

influencia ambiental sujeta a modificaciones de acuerdo con la competencia del municipio, disponibilidad en materia de recursos y teniendo en cuenta las recomendaciones normativas contenidas en la Resolución 0425 de 2008, mediante la formalización y vinculación activa del consejo Territorial de Seguridad Social y de los representantes de los diferentes sectores en el proceso de elaboración del Proyecto del Plan de Salud Territorial, se establecen los parámetros a considerar para la formulación del Plan de Salud Territorial del municipio de San Diego.

b). Son tenidos en cuenta la confluencia de conceptos, evaluación de cada uno de los factores incidentes en el comportamiento epidemiológico en el municipio, formulación de plan de gobierno en lo político sumado a la actitud participativa de los diferentes actores, aplicando el concepto de Integralidad se prioriza la problemática y se formulan metas de producto de acuerdo como lo establece la normatividad vigente, resumidos en los anexos técnicos 1 y 2 que hacen parte integral del documento, el cual es sometido a la aprobación por parte del Honorable Concejo Municipal dando cumplimiento a lo ordenado en la Resolución 0425 y la Carta Circular 001 de 2008.

c). Mediante la conformación de un comité técnico interinstitucional coordinado por Secretaría de Salud Municipal se avanza en los procesos de sensibilización e inducción del plan, su consolidación mediante el soporte financiero y la sostenibilidad en la ejecución y evaluación periódica mediante cronograma que establecerá el Ministerio de la Protección Social en su momento independientemente del seguimiento que ejercerá la Secretaría de salud Municipal sobre le ejecución hacia el logro de las metas de producto.



NIT 800096623-2

2. DIAGNOSTICO EN SALUD DE LA POBLACION

2.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL TERRITORIO

2.1.1. RESEÑA HISTORICA

Lo que hoy es San Diego, está localizado a corta distancia al oriente, del pueblo de Los Tupes, gran centro poblacional y ceremonial de los indios del mismo nombre, que aún en el siglo XVIII, tenían en la región presencia viva y dinámica, como lo destaca Nicolás de la Rosa cuando señala que *"Estos indios aún conservaban ahora pocos años parte de su idolatría, manteniendo en lo más interior de aquella montaña un caney grande, que llamaban El Tupe en que se juntan a rendir adoración y pedir vaticinios a un muñeco que allí tenían pendiente de una biga..."*.

Según arraigadas tradiciones locales, aunque sin fuentes documentales que las sustenten, el doblamiento de hatos de la región de San Diego se habría iniciado a comienzos del siglo XVII, y según los historiadores sandieganos, en el año 1609, fecha que coincide con la presencia de Almonacid en la región. Para esta ocasión, habrían hecho aparición los primeros vaqueros procedentes de Valledupar, que se encontraba más poblada y desde allí se ejercían varias instancias de poder. Dichos vaqueros, habrían sido autorizados desde la capital de la provincia, Santa Marta, con el ánimo de explorar nuevos sitios para incrementar en la región la cría de ganado aprovechando las sabanas, los playones del Río Cesar y el pie de monte de la Cordillera Oriental, en donde abunda tierras apropiadas para la cría de ganado.

Señalan las mismas versiones, que entre los primeros pobladores, a estas sabanas llegaron inicialmente los hermanos Andrés, José María y Asisclo Arzuaga, quienes tomaron posesión de tierras e implementaron allí un hato, conocido como "Hato de Uniaymo", en honor al ya mencionado cacique de los Tupe. El hato estaba localizado a orillas del Río Chiriaymo que aún en la actualidad conserva su nombre ancestral, aunque con un caudal bastante disminuido, debido al uso indiscriminado e irracional que se le ha dado a sus aguas en época reciente.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

Debido a su capacidad de trabajo y al esmero en el cuidado de los bienes que le habían confiado, Diego Nevado se habría convertido en mayordomo del hato de Uniaymo y en razón de ello se hizo merecedor del tratamiento de Don Diego que le daban los Arzuaga. No se le conoció mujer, ni hijos, pues cuando llegó a estas tierras ya era un hombre avanzado en años, enfermo y físicamente deteriorado. En efecto, tenía el esclavo Diego una pierna hinchada a consecuencia de una fuerte enfermedad de gota, razón por la cual le llamaban con los apodos de "Diego el Patón" y "Diego Pata".

Durante el siglo XIX, el pueblito comenzó a crecer con cierta rapidez, ganándole en empuje al pueblo de Los Tupes, después de que este tuvo durante la colonia una posición privilegiada, debido a su localización a orillas del río Cesar y a la abundancia de hatos ganaderos que había en su entorno, los cuales eran favorecidos por la calidad de sus tierras ribereñas, además de ser punto de referencia obligado en el camino que desde Valledupar conducía a Chiriguaná, pasando por Espíritu Santo. Ese crecimiento le otorgó reconocimiento dentro de la organización del estado colombiano, a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

La primera referencia oficial, en la cual ya figura con el nombre de San Diego, data de 1888, año en el cual la Asamblea departamental del Magdalena, mediante ordenanza No. 4, sobre división territorial, decretó la división del territorio del departamento, para fines políticos y administrativos en cuatro provincias, entre ellas la de Valle de Upar. El artículo 5º. De dicha ordenanza dejó integrada ésta provincia con los distritos de Valledupar, Espíritu Santo y Chiriguaná. Y el numeral 3 de ese artículo dice literalmente: "Espíritu Santo que será su capital con las secciones de La Paz, san Diego, Tupez, Jobo, Palmira y Becerril". Es decir, el distrito de espíritu Santo estaba conformado por los actuales municipios de la Paz, Manaure, San Diego, Codazzi y becerril y su cabecera o capital, era Codazzi.

En 1926 fue trasladada la capital de este distrito a San Diego, que conservó esa categoría durante diez años; ya que, mediante ordenanza No. 008 del 28 de junio de 1936 fue creado el municipio de Robles, con cabecera municipal en la Paz. El nuevo municipio correspondía a lo que había sido el antiguo Distrito de Espíritu Santo, cuya capital pasó a ser una de sus viejas secciones.



NIT 800096623-2

San Diego recuperaría la categoría de municipio gracias al empeño de la ciudadanía y de los dirigentes políticos locales, mediante un proyecto de ordenanza presentado por Emiro Guerra Becerra; hijo de San diego quien había sido elegido diputado del municipio de La Paz. El proyecto recibió los tres debates reglamentarios, hasta ser aprobado, quedando definida la creación mediante la ordenanza No. 002 de Noviembre 17 de 1977, en cuyo debate final el proyecto contó con la inmensa mayoría de 13 votos contra uno, el del diputado del municipio de La Paz, Benjamín Costa Gutiérrez. Esta ordenanza fue sancionada por Resolución No. 01863 del 14 de Noviembre del mismo año, emanada del despacho del gobernador Alfonso Araujo cotes, a la postre, oriundo de la Paz, municipio de donde se segregaba el nuevo ente territorial. Esto ocurrió durante el mandato presidencial de Alfonso López Michelsen y le correspondió ser el municipio número 15 que se integraba como componente de la vida sociopolítica y administrativa del Departamento del Cesar.

2.1.2. UBICACIÓN GEOGRAFICA

El municipio de San Diego pertenece a la zona nor-oriental del Departamento del Cesar y tiene una superficie territorial de 670 Kilómetros cuadrados, que limitan por el norte, el oriente y el sur con el municipio de La Paz; y por el occidente con el municipio de Valledupar, con el río Cesar en medio. Se encuentra localizado a 180 metros de altura sobre el nivel del mar, siendo su temperatura promedio de 27°C en la cabecera municipal y en las estribaciones de la Serranía del Perijá oscila entre 15° y 20°C.

El territorio municipal comprende dos regiones perfectamente definidas, una zona plana y baja de altas temperaturas, localizadas en la llanura del Río Cesar en cuya cercanía se encuentran tierras anegadizas; muy aptas para el desarrollo de agricultura tropical y ganadería. La otra región corresponde a la zona montañosa de las estribaciones de la Serranía de Perijá, donde están localizados los corregimientos de Tocaima, Media Luna y El Rincón y por naturaleza climática, tiene tierras propicias para la agricultura de climas medios.

El municipio cuenta con un sistema fluvial que lo baña; constituido por un conjunto de caudales, afluentes la mayoría del Río Cesar. Esta riqueza hídrica, aunque no aprovechada racional y planificadamente, ha facilitado los regadíos para la agricultura tecnificada y la ganadería en forma casi permanente. Entre los



NIT 800096623-2

principales caudales están: El Chiryaimo, El Tocaima, El Salado, El Perú, El Picito, El Ceras y una ramificación de Acequias afluentes de estos caudales; además del Río Mocho, que marca límites con el territorio de La Paz.

El marco topográfico donde se encuentra el asentamiento de San Diego, presenta las mismas características de todas cabeceras municipales del departamento. La malla urbana está ordenada según el sistema de la cuadrícula española con manzanas de 80 x 80 metros de lado regular, con aceras y andenes dispares, que para cada caso tienen niveles diferentes. Aunque en el sector antiguo, es decir, el centro del poblado, la cuadrícula no es tan precisa.

La cuadrícula española que ha sido el patrón de urbanización y ordenamiento en San Diego no obedece a un principio racional, sino a una tradición, la cual ha hecho que la conformación urbana sea de tipo disperso, presentándose grandes arcos sub-utilizadas de tierra, en el interior de las manzanas, lo cual en muchos casos propicia la aptitud de productivos. Por esta razón el área urbana es extensa, comparada con la densidad de su población.

2.1.3. ASPECTO CULTURAL

El municipio de San Diego catalogado como Capital Cultural del Departamento del Cesar, reconocimiento hecho por algunos sectores, por haber incubado en su seno desde hace un par de décadas un movimiento cultural liderado por el Café literario Vargas Vila, que entre sus actividades creó y organizó el Festival Nacional de la Poesía. El Café literario, durante varios años mantuvo en funcionamiento una biblioteca con servicio al público. Con ella contaba la juventud local, como una obra filantrópica y romántica de sus jóvenes integrantes, que al mismo tiempo servía de sede de tertulias, talleres y otras actividades formativas realizadas por el Café y a los Conservatorios que se organizaban con las personalidades que visitaba a Valledupar y conociendo del suceso de San Diego, llegaban a conocer a sus integrantes y a darles voces de ánimo.



NIT 800096623-2

Al decaer la biblioteca del Café Literario, surgió por iniciativa oficial la Casa de la Cultura, que funciona actualmente; sin embargo en la actualidad no se le está dando el uso correcto y es por esto que en el Plan de Desarrollo se plantea la creación del concejo municipal de la cultura para rescatar los valores culturales y fomentar la vinculación de las personas amantes de este sector creando programas de actuación, poesía, danzas, ortografía, lectura rápida, oratoria, cuentos entre otros y así organizar concursos para incentivar a la comunidad y puedan participar de ellos. De igual manera apoyar a la escuela de arte musical municipal y las bandas cívicas de las instituciones educativas.

2.1.4 DIVISION POLITICA

El municipio está conformado por siete corregimientos que son: Media Luna, Los Tupes, Las Pitillas, El Rincón, Tocaimo, Los Brasiles y Nueva Flores y nueve veredas que son: Arroyo del Agua, El Juncal, Las Mercedes, Corral Negro, La Sierrita, Sabana del Tesoro, Candelaria, Zama y Santa Isabel.

En la Actualidad la cabecera municipal cuenta con 21 Barrios que son: La Victoria, Villa Libia, Arabia, 21 de enero, Galán, Pedro Agustín, El Carmen, Niño Jesús, 20 de abril, Las Flores, Centro, Nuevo Amanecer, Chico, Munich, Paraíso, Las Delicias, Chiriaymo, Guayabal, Covisand, Chipana y Laureles.

2.1.5. ACTIVIDAD ECONOMICA

En el aspecto económico, el municipio depende principalmente de la agricultura y la ganadería. Sus tierras planas, bajas y montañosas, poseen condiciones naturales para el desarrollo de la explotación agropecuaria en gran escala. Para efectos productivos, actualmente el municipio se encuentra distribuido en dos subregiones naturales: Subregión Sierra del Perijá y la subregión algodonera, las cuales tienen diferentes alturas y varios tipos de climas, haciendo que se presenten diferentes usos de la tierra.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

En el área del municipio se cultivan especies agrícolas, desde los 180 metros sobre el nivel del mar hasta las zonas agrícolas altas en la Serranía del Perijá donde se destaca el café y el aguacate, así como algunos frutales y cultivos de pancoger. En gran escala se cultiva el algodón en las áreas planas, destacándose el municipio por su alta productividad, que dio paso a la instalación de una desmotadora, durante el periodo de auge del cultivo en el ámbito nacional. También se cultiva sorgo, yuca, maíz, arroz, patilla, tomate, plátano, cacao, frijol y otros productos que le dan buena dinámica a la economía local.

Otro significativo renglón de la economía sandiegana es el de la ganadería, especialmente con la cría de ganado vacuno de doble propósito; que en los últimos años ha dado un notable incremento a la producción lechera, a partir de la cual no solo se aporta una significativa cuota a las procesadoras y pasteurizadoras de la capital del departamento, sino que al mismo tiempo se ha incrementado la creación de micro-industrias casera, de la producción de derivados lácteos, especialmente fabricantes de queso y suero de muy buena calidad; los cuales han motivado una destacada demanda en el mercado regional, ya que estas empresas han ido introduciendo innovaciones en los procesos productivos, como la pasteurización y el rediseño en el empaque y embalaje, dando como resultado productos acabados de mejor calidad que los tradicionalmente generados en la región, lo cual aporta un considerable valor agregado a la producción local.

A lo anterior, hay que sumar como factor que representa fortaleza para la economía municipal, el hecho de que tal vez debido a la calidad de su suelo y al tipo de pastos que generan, el área de San Diego es reconocida nacionalmente como la productora de la lecha de más alto rendimiento para el desarrollo de procesos industriales orientados a la producción de derivados lácteos, ya que estudios físico-químicos y análisis bromatológicos de laboratorio que se le han practicado, la señalan como la leche que contiene mayor cantidad de sólidos por volumen. Esta característica hace que las leches que se producen en el medio, tengan mayor demanda en los mercados nacionales. Debido a este hecho, las comercializadoras nacionales de



NIT 800096623-2

la capital del departamento, tienen buena acogida y son reconocidas en los mercados de Bogotá, Bucaramanga, Medellín y Barranquilla, como ofertantes de leche de muy buena calidad, la cual es adquirida para el desarrollo de los procesos industriales que realizan las fábricas de derivados de esas ciudades.

En el campo de las especies menores se crían ovinos, caprinos, aves y porcinos en pequeña y mediana escala. Y recientemente se han desarrollado experimentos piscícolas con resultados hasta ahora satisfactorios.

El panorama socioeconómico de San Diego, descrito con una variada gama de posibilidades, pues cuenta con un considerable número de ventajas comparativas, permiten augurarle al municipio un desarrollo económico promisorio, pues salvo algunos sectores que se deprimen debido a circunstancias coyunturales, en el transcurso de la que ha sido su vida municipal, ha demostrado buena capacidad e iniciativas propias para el manejo de los derroteros de su progreso. Serán sus hijos, los llamados a cerrar filas en torno a lo que crean que debe ser el porvenir de su pueblo, con aquellos planes y proyectos que les permitan consolidarse económica y socialmente, como centro agroindustrial de vital interés para la economía regional.

2.1.6. RELIGION

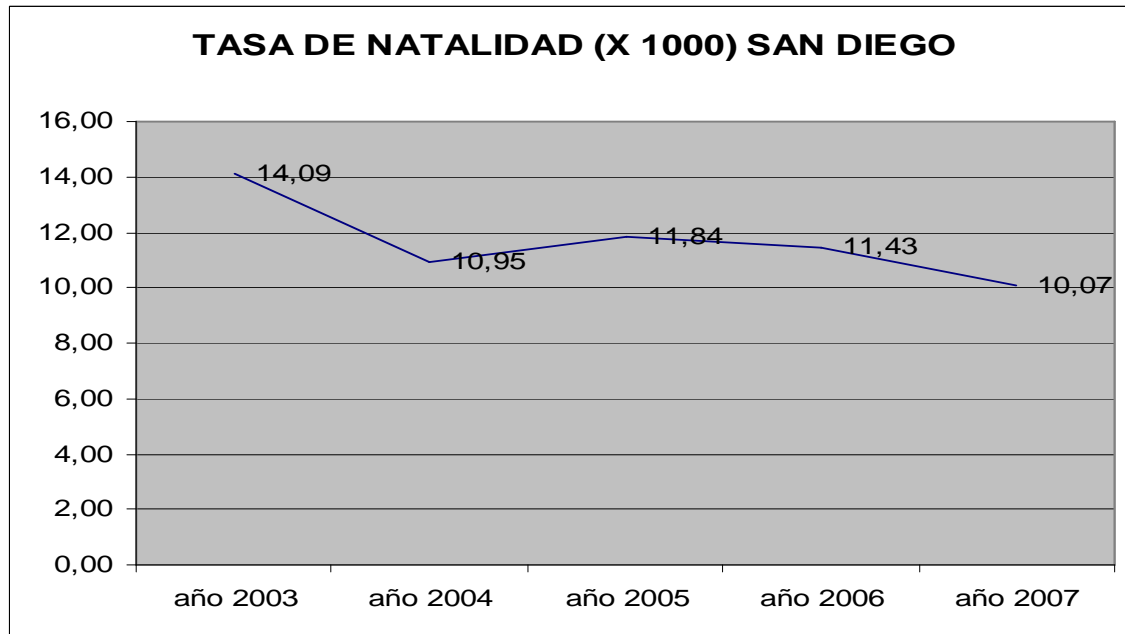
En el municipio predomina la religión católica pero también existen doctrinas religiosas evangélicas, se encuentra un templo católico de principios de siglo tipo ermita colonial y se cuenta con la casa Cural. Esta conformada la pequeña comunidad, catecumenado y tres congregaciones que son la del Sagrado Corazón de Jesús, La Virgen del Perpetuo Socorro y la Hermandad del Señor Jesús de Nazareno.



NIT 800096623-2

2.2. ASPECTOS DEMOGRAFICOS

2.2.1 NATALIDAD



La tasa de natalidad es el factor decisivo para determinar la tasa de crecimiento de la población, esta variable da el número promedio anual de nacimientos durante un año por cada 1000 habitantes, también conocida como tasa bruta de natalidad. Para el municipio de San Diego vemos que tuvo un descenso en el 2004 (10.95), si embargo para los años 2005 y 2006 ascendió al 11.84 y 11.43 respectivamente; volviendo a descender en el 2007 al 10.07%. Comparado con la media Nacional que actualmente está en un 20%, observamos que el municipio está muy por debajo de esta, teniendo en cuenta tanto el nivel de fertilidad y de la estructura por edades de la población.



NIT 800096623-2

2.2.2. MORTALIDAD

La primera causa de muerte en el municipio de San Diego es el Infarto Agudo del Miocardio en un porcentaje de 25% cuya prevalencia aumenta con la edad, de 45 a 65 años, como segunda causa de muerte en nuestro municipio se encuentra el homicidio por proyectil de arma de fuego, situación preocupante que requiere de un trabajo en equipo para disminuir la violencia en el municipio. Para esto se hace necesario el apoyo de la Secretaría de Salud Departamental para el diseño, implementación y seguimiento del proceso documentado de prestación del servicio de la IPS pública del municipio socializado con el personal de salud y la Secretaría de Salud Municipal.

La tercera causa de mortalidad es el cáncer, predominando el de pulmón y cérvix, en el año 2007, se le sumó el cáncer de hígado, reflejando una importancia para que las autoridades de salud trabajen en la promoción y prevención de medidas que conduzcan a evitar muertes por esta causa. A nivel departamental el carcinoma de cervix o del cuello uterino ocupa el primer lugar, siendo este el encargado de realizar actividades pertinentes a través del proyecto "Estilo Saludables de vida" no dejando a un lado el municipio su responsabilidad, seguimiento al desarrollo de estas actividades de promoción y prevención. En cuanto a los tumores malignos de mama, se presentan con mayor frecuencia de 35 a 45 años de edad, donde se debe educar a la población femenina del auto examen de mama mensualmente y todas las acciones pertinentes, para evitar la aparición de esta mortal enfermedad.

Otra causa de mortalidad en el municipio son los accidentes de tránsito que han alarmado a las autoridades competentes y a la población en general debido al aumento significativo que se ha venido presentando y donde se requiere tomar medidas preventivas, educando y concientizando a la población en general del riesgo debido a las imprudencias y demás factores que se presentan.



NIT 800096623-2

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y eventos cerebro vasculares; son otras de las causas de mortalidad, las cuales se han ido incrementando y son una alerta para fomentar estilos saludables de vida, que mejoren la calidad de la misma.

Realizando un análisis comparativo con el año 2006, sobre el comportamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda, hubo un aumento significativo, registrándose primera en las enfermedades de notificación obligatoria con 1.074, siendo la más afectada la población infantil, disminuyendo la incidencia entre los 35 y 55 años de edad.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), no dejan de ser un problema en Salud pública, ubicándose en el segundo lugar dentro de las enfermedades de notificación obligatoria, con un total de 930 casos, siendo la más afectada la población menor de 10 años de edad.

Otra causa de notificación obligatoria es la intoxicación alimentaria con 21 casos, para lo cual en el año 2006, el municipio realizó acciones en salud pública con el apoyo de las microempresas. También se registraron 17 casos con varicela, 12 casos de hepatitis A siendo la más afectada la población infantil, para lo cual se debe intensificar las acciones encaminadas a promover mejores hábitos higiénicos y tomar medidas preventivas hacia estas enfermedades.

En cuanto al Dengue Clásico, fueron notificados 12 casos, lo cual indica que deben incrementarse las acciones preventivas debido al aumento de la incidencia del año 2005 a la fecha. La población mas afectada es de 6 a 16 años.

En el año 2007 se reportaron 5 casos de accidentes ofídicos, los cuales requieren primeros auxilios y atención hospitalaria de máxima urgencia, así como la aplicación de un suero antiofídico para prevenir la mortalidad en estos pacientes. Los síntomas dependen de la especie del reptil. Inyectan un veneno que destruye los vasos sanguíneos; la herida desarrolla inmediatamente un dolor intenso e inflamación. Si la cantidad de veneno es grande la hinchazón llega a ser tan pronunciada que rompe la piel

También se reportaron en el año 2007 5 casos de sífilis gestacional, que han sido significativas; este acontecimiento nos compromete a intensificar acciones y mejorar estrategias para evitar la incidencia.



NIT 800096623-2

El sólo hecho de reportar una muerte perinatal, nos compromete aún más en la realización de acciones que fortalezcan la salud pública en el municipio, es por esto que debe realizarse un trabajo de sensibilización a las gestantes en el seguimiento y control de su embarazo, especialmente en área rural y barrios periféricos mediante la programación de visitas mensuales con acompañamiento de líderes comunitarios, para inducir la inscripción a los programas de control prenatal desde el primer trimestre del embarazo. (Ver cuadros anexos).

2.2.3. MIGRACION

Como en todo el país, el departamento del Cesar ha sido uno de los más afectados por la violencia, reflejándose en la población desplazada la cual asciende a 94.681 en los últimos 10 años, siendo los municipios de Valledupar, Codazzi, Aguachica, Pailitas, Bosconia y Curumaní los de mayor porcentaje.

Para el municipio de San Diego, entre los años 1999 - 2007 abandonaron el municipio 4.557 personas, correspondiente a 927 hogares; en el mismo periodo el municipio recibió 2.813 personas en total, correspondientes a 417 hogares.

El comportamiento de la población urbana en el país es del 78%, para el municipio es del 54%; es decir mucho más baja, esto quiere decir que existe un 46% de población concentrada en el área rural y a nivel nacional es del 22%, demostrando esto que los problemas de migración en el municipio son bajos, comparados con los otros municipios del departamento.

En los últimos años, el Departamento del Cesar y sus principales centros urbanos se han convertido en territorios con amplios flujos migratorios, destacándose por su alta participación, a nivel nacional, en procesos de expulsión y recepción de personas que se desplazan huyendo de la violencia y la confrontación armada entre guerrillas, paramilitares y fuerzas estatales.



NIT 800096623-2

Los factores que explican este fenómeno son múltiples, dentro de los cuales encontramos, amenazas, falta de oportunidades, conflicto armado, pobreza entre otros. Estas personas desplazadas son en su mayoría campesinos, pequeños productores, colonos y jornaleros, que han migrado para salvar sus vidas y no quedar en medio del conflicto entre grupos armados. Es por esto que migran hacia los centros urbanos donde ellos ven la posibilidad de subsistencia y la esperanza de iniciar una nueva vida, sin embargo la realidad es otra, debido a que por este desplazamiento lo que encuentran es tensión, no hay oportunidades para todos, incapacidad institucional para la atención y estancamiento en el desarrollo del municipio.

2.2.4. PIRAMIDE POBLACIONAL

La pirámide poblacional muestra una idea clara de la población, en ella podemos analizar si es una población expansiva, población constrictiva o población estacionaria. En Colombia la pirámide poblacional muestra que las mujeres constituyen una mayoría muy ligera en los grupos de mayor edad. En el año 2005 la población en Colombia debía ser alrededor de 46'039.-000, hoy según el DANE tiene 41'242.948 habitantes; unos 4.8 millones menos que las proyecciones hechas. Frente a los habitantes que había en 1993 el aumento en 13 años es de sólo 46.2% de lo que indica la proyección. Esto significa que la población actual es la que se proyectó que existiría en Colombia en 1999; es decir que la tasa de crecimiento de la población se redujo de 3.2% a 1%.

Aunque Colombia sigue siendo un país relativamente joven, con una edad media de su población que oscila entre 25 y 30 años, con promedio de edad de 29.4 años, en la última década el engrosamiento de la pirámide poblacional para las ciudades de Bogotá, Medellín Cali y Barranquilla a partir de la década de 1940, revela que la sociedad avanza hacia el envejecimiento. Esto significa que cada vez es menor el número de nacimientos y mayor la proporción en edad adulta. Según el Censo, 1.2% de la población colombiana es mayor de 80 años y el 9% es mayor de 60 años.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

En el municipio de San Diego encontramos una población expansiva, es decir existe mayor número de personas en las edades menores como lo podemos apreciar en la pirámide poblacional, de 0 a 9 años ocupa el 24%, de 10 a 19 el 23% y la población adulta mayor de 60 años es del 7% (dos puntos porcentuales por debajo del censo nacional) y la mayor de 80 años equivale al 1.1%, equivalente al promedio nacional.

Las estadísticas a nivel nacional muestran que la población femenina ocupa un mayor porcentaje, en las principales ciudades como Bogotá, existe que por cada 100 mujeres hay aproximadamente 92 hombres y en Medellín de los 2 millones 223 mil 78 habitantes, el 53% son mujeres y el 46.4% son hombres. En San Diego las estadísticas muestran lo contrario, existen más hombres que mujeres, en la actualidad existen 868 hombres y 826 mujeres (año 2007) y en lo proyectado al 2011 existirán 798 hombres y 758 mujeres. (Ver cuadro anexo).



NIT 800096623-2

2.3. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS

2.3.1 ESCOLARIDAD

En el municipio de San Diego encontramos dos instituciones educativas oficiales, dos centros educativos oficiales y tres centros educativos no oficiales, distribuidos en la zona urbana y rural así:

En la zona urbana la Institución educativa Manuel Rodríguez Torices, conformada por la sede principal con el mismo nombre, 21 de Enero, Mixta No. 2 y Departamental Mixta.

En la zona rural la Institución educativa Rafael Uribe, se anexan (Básica primaria y concentración escolar), se asocian:

- Santo Cristo del Rincón, José Martí de Tocaima y Sama de la vereda del mismo nombre.
- También se organizaron dos centros educativos:
- Centro Educativo Rural Nuevas Florez que la integran las sedes: Nuevas Florez, Arroyo de Agua, Corral Negro y las Mercedes.
- El Centro educativo Rural Las Pitillas con sedes: Las Pitillas, Los Tupes, Los Brasiles, y Las Palomas.

TABLA No. 1 POBLACION EN EDAD ESCOLAR, MATRICULA POR NIVELES DE EDUCACION, COBERTURA DEL MUNICIPIO OFICIAL Y NO OFICIAL

AÑO	Matrícula Total													COBERTURA	PB. X FUERA DEL SISTEMA	
	5 -17		Preesc.		Bás.Prim		Bás.Sec.		Media		Adultos	Total				
	T	U	R	U	R	U	R	U	R	U		R	Total			T
2003	4.945	147	141	1.316	593	613	177	156	36	197	2.232	947	3.376	68,30%	1.569	
2004	4.901	301	272	1.174	840	632	211	189	46	214	2.510	1.369	3.879	79,10%	1.022	
2005	4.917	308	391	1.099	1.036	660	260	218	53	181	2.466	1.802	4.268	87,00%	649	
2006	4.917	427	421	1.076	1.015	654	321	217	62	114	2.488	1.904	4.392	89,30%	525	
2007	4.219	334	525	1.229	1.611	799	657	218	117	221	2.752	2.106	4.858	99,00%	59	

Fuente: Dane –Gobernación del Cesar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

TABLA No. 2 POBLACION EN EDAD ESCOLAR, MATRICULA POR NIVELES DE EDUCACION Y COBERTURA DEL MUNICIPIO SECTOR OFICIAL

AÑO	T	Matrícula Oficial											COBT	
		Pree.		Bás.Prim		Bás.Sec.		Media		Adultos	Total			Total
		U	R	U	R	U	R	U	R	U	U	R		
2003	4.945	111	141	1042	593	613	177	156	36	197	2.119	947	3.066	62,00%
2004	4.901	203	272	1033	840	632	211	189	46	214	2.271	1.369	3.640	74,30%
2005	4.917	154	391	902	1.036	660	260	218	53	181	2.115	1.802	3.917	79,67%
2006	4.917	248	421	846	1.015	654	321	217	62	114	2.079	1.904	3.983	81,01%
2007	4.917	198	361	885	1.116	756	414	238	66	105	2.182	2.106	4.288	87,21%

TABLA No. 3 DESERCION ZONA URBNA – SECTOR OFICIAL

Año	Total Mat	Aprobados				Total		Reprobados				Total		Desertores				Total	
		Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Cant	%	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Cant	%	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Cant	%
2002	2.342	368	1.054	610	200	2.232	95%	0	24	33	4	61	2,60%	0	43	6	0	49	2,10%
2003	2.323	283	986	666	206	2.141	92%	14	29	43	3	89	3,80%	18	51	23	1	93	4,00%
2004	2.271	192	929	499	168	2.002	88%	4	26	37	12	79	3%	7	78	96	9	190	8%
2005	2.115	142	848	608	258	1.856	88%	0	27	71	19	117	6%	5	67	70	6	148	7%
2006	2.079	244	736	646	236	1862	90%	0	66	26	11	103	5,00%	4	40	61	3	108	5,20%

Fuente: Dane –Gobernación del Cesar

TABLA No. 4 DESERCION ZONA RURAL – SECTOR OFICIAL

Año	Total Matr	Aprobados				Total		Reprobados				Total		Desertores				Total	
		Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Cant	%	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Cant	%	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Cant	%
2002	1.351	291	760	148	30	1.230	91,00%	7	60	0	0	67	5,00%	13	41	0	0	54	4,00%
2003	1.100	276	496	144	33	949	86,30%	0	35	6	2	43	4,40%	18	62	27	1	108	9,80%
2004	1.368	238	750	191	45	1.225	89%	5	5	0	0	10	1%	28	85	20	1	134	10%
2005	1.802	378	1.063	248	52	1.742	97%	0	3	2	1	6	0%	13	69	6	0	88	5%
2006	1.904	396	1015	315	62	1788	94%	3	53	5	0	61	3,20%	11	32	3	0	46	2,40%

Fuente: Dane –Gobernación del Cesar

En cuanto a la tasa de escolaridad en preescolar, el Municipio de San Diego muestra un aumento poco significativo en los últimos años; sin embargo el aumento que se presenta en preescolar (año 2007), correspondiente a 859, comparado con el año 2006 (848) estudiantes, es debido a programas del gobierno Nacional y Departamental, donde se mejoraron las coberturas, motivando y promocionando a que los niños ingresen al preescolar en edades adecuadas en las diferentes escuelas del municipio.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

El la Básica Primaria, Media y Básica Secundaria apreciamos un aumento significativo comparando los año 2006 y 2007 (tabla No. 1); pero en general este incremento se originó a la gratuidad en las matrículas establecidas por el Gobierno Departamental, bajo los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional.

La deserción escolar en el municipio de San Diego ha sido poca, la cual es debida principalmente a los problemas de desplazamiento, especialmente en la zona rural y factores económicos de los padres de familia. (tabla No. 3 y 4)

Académicamente la institución educativa Colegio Manuel Rodríguez Torices, la cual acoge la mayor parte de estudiantes de la población fue catalogada en un Nivel Medio en la jornada de la mañana y un Nivel Bajo en la jornada de la noche. La institución educativa el Colegio Rafael Uribe Uribe, ubicada en el corregimiento de Media Luna fue catalogada con un desempeño alto. De acuerdo a estos resultados cabe anotar que las Instituciones educativas del municipio requieren reforzar las áreas débiles, especialmente en los grados 5º, 9 , 10º, y 11º, al igual que capacitaciones a docentes. Para realizar estudios superiores, los estudiantes se ven en la obligación de desplazarse a otras instituciones de acuerdo a la capacidad económica de sus familias.



NIT 800096623-2

2.3.2 PORCENTAJE DE POBLACION CON NBI POR MUNICIPIO Y AREA, CESAR 2005

Municipios	Censo 2005*		
	Ur.	Rur.	Total
Valledupar	27,16	63,36	32,69
Aguachica	35,27	72,85	41,25
Agustín Codazzi	43,94	71,74	51,70
Astrea	62,83	77,87	70,50
Becerril	45,74	80,25	55,85
Bosconia	49,31	57,78	50,13
Chimichagua	56,17	71,36	65,77
Chiriguana	45,21	64,62	52,74
Curumaní	40,75	57,17	46,22
El Copey	45,93	65,69	50,99
El Paso	57,97	62,48	61,65
Gamarra	43,29	59,41	50,52
González	30,90	71,16	64,48
La Gloria	52,46	56,32	54,77
La Jagua de Ibirico	51,28	71,92	55,81
La Paz	38,69	70,04	50,41
Manaure	47,63	84,21	55,29
Pailitas	43,21	71,95	50,68
Pelaya	51,77	62,95	55,31
Pueblo Bello**	48,67	95,05	83,95
Río de Oro	20,88	68,78	49,66
San Alberto	28,37	46,61	33,59
San Diego	32,40	49,52	40,32
San Martín	39,03	53,35	46,89
Tamalameque	54,38	65,34	61,24
Departamento	35,57	66,78	44,53

Fuente: Censo Dane 2005.

Tal y como lo muestra el cuadro anterior, el municipio de San Diego no se encuentra clasificado dentro de los porcentajes con NBI más altos del departamento, encontrándose ubicados entre los últimos cinco lugares los municipios como Chimichagua, González y El Paso, que tienen porcentajes NBI entre el 61 y el 65%, superados solamente por Astrea y Pueblo Bello, por lo tanto San Diego no está clasificado como un municipio pobre.



NIT 800096623-2

2.4 RIESGOS EPIDEMIOLOGICOS

2.4.1 PERFIL DE MORBILIDAD

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE UN AÑO. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	RINOFARINGITIS AGUDA	685	37.7
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS	410	22.6
3	INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS	140	0.77
4	PARASITOSIS INTESTINAL	106	5.84
5	FARINGITIS	92	5.07
6	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	91	5.01
7	INFECCIÓN INTESTINAL	90	4.96
8	DERMATITIS	82	4.52
9	AMIGDALITIS	78	4.29
10	BRONCONEUMONIA	40	2.20
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		1814	

Fuente: hospital el Socorro



NIT 800096623-2

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE UN AÑO. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	RINOFARINGITIS AGUDA	461	40,6
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS	259	22,8
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS	93	8,20
4	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICA	81	7,14
5	BRONQUITIS AGUDA	63	5,56
6	FIEBRE NO ESPECIFICA	50	4,41
7	BRONQUIOLITIS AGUDA	49	4,32
8	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	37	3,26
9	DERMATITIS	20	1,76
10	OTITIS MEDIA	20	1,76
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		1133	

Fuente: hospital el Socorro

Como podemos darnos cuenta las dos primeras causas de morbilidad por consulta externa se mantuvieron, sin embargo se incrementaron en un promedio porcentual similar para la segunda causa. En el año 2007 ingresan en las diez primeras causas la otitis media y fiebre no específica con un porcentaje de (1.76) y (4.41) respectivamente, resultados que se deben utilizar para monitorear y orientar las acciones de promoción y prevención, priorizando los recursos en salud.



NIT 800096623-2

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	RINOFARINGITIS AGUDA	934	36.0
2	PARASITOSIS INTESTINAL	379	14.6
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS	336	12.9
4	FARINGITIS	228	8.7
5	AMIGDALITIS	177	6.8
6	INFECC. VÍAS URINARIAS	173	6.6
7	INFECCIÓN RESPIRATORIA	165	6.3
8	INFECCIÓN VIRAL	70	2.6
9	DERMATITIS	66	2.5
10	ANEMIA	65	2.5
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.593	

Fuente: hospital el Socorro

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	RINOFARINGITIS AGUDA	1005	34,6
2	DIARREA O GASTROENTERITIS	519	17,9
3	PARASITOSIS INTESTINAL	377	12,0
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS	246	8,4
5	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICA	215	7,4
6	FIEBRE NO ESPECIFICA	197	6,7
7	AMIGDALITIS AGUDA	101	3,4
8	BRONQUIOLITIS AGUDA	98	3,3
9	BRONQUITIS AGUDA	76	2,6
10	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	64	2.2
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2898	

Fuente: hospital el Socorro

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

**MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE 5 A
14 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006**

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	RINIFARINGITIS	885	34.5
2	PARASITOSIS INTESTINAL	499	19.4
3	INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	289	11.2
4	AGMIDALITIS AGUDA	177	6.9
5	ANEMIA	165	6.4
6	FARINGITIS	144	5.6
7	DIARREA Y GASTROENTERITIS	125	4.8
8	INFECCIÓN VIRAL	108	4.2
9	INFECCIÓN INTESTINAL BACTERIANA	96	3.7
10	DERMATITIS	74	2.8
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.562	

Fuente: hospital el Socorro



NIT 800096623-2

**MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE 5 A
14 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007**

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	RINOFARINGITIS	673	25,0
2	PARASITOSIS INTESTINAL	561	20,8
3	INFECCION DE VIAS URINARIAS	427	15,8
4	DIARREA Y GASTROENTERITIS	214	7,9
5	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICA	203	7,5
6	FIEBRE NO ESPECIFICA	182	6,7
7	AMIGDALITIS AGUDA	125	4,6
8	DEGENERACION DE LA PULPA DENTAL	121	4,5
9	CEFALEA	108	4,0
10	FARINGITIS AGUDA	72	2,6
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.686	

Fuente: hospital el Socorro

Para los grupos de edad de 1 a 4 años y de 5 a 14 se puede observar que las tres primeras causas de morbilidad por consulta externa se mantienen, variando en sus porcentajes; no se encuentran entre las primeras diez causas la anemia y la dermatitis de 5 a 14 años en el 2007, pero ingresan la cefalea, degeneración de la pulpa dental y fiebre no específica con un porcentaje de 4.5 y 6.7 específicamente; indicando esto la prevalencia de problemas de saneamiento básico, al igual que el incumplimiento de las acciones preventivas por parte de las aseguradoras y los prestadores de servicio de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente en salud y plasmados en los planes de desarrollo municipal y departamental.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

**MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN PERSONAS DE 15
A 44 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006**

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	INFECCIÓN VÍAS URINARIAS	1403	27.8
2	RINOFARINGITIS	1063	21.1
3	VAGINITIS	943	18.7
4	GASTRITIS	481	9.5
5	CEFALEA	257	5.1
6	LUMBAGO	192	3.8
7	CONTRACTURA MUSCULAR	191	3.7
8	PARASITOSIS	189	3.7
9	AMENORREA	157	3.1
10	DERMATITIS	155	3.0
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		5.031	

Fuente: hospital el socorro



NIT 800096623-2

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN PERSONAS DE 15 A 44 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	INFECCION DE VIAS URINARIAS	1502	26,7
2	VAGINITIS AGUDA	852	15,1
3	RINOFARINGITIS AGUDA	724	12,9
4	CEFALEA	565	10,0
5	GASTRITIS AGUDA	501	8,9
6	LUMBAGO NO ESPECIFICO	335	5,9
7	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICA	318	5,8
8	DIARREA O GASTROENTERITIS	284	5,1
9	PARASITOSIS INTESTINAL	281	5,0
10	AMENORREA SIN OTRA ESPECIFICACION	249	4,4
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.686	

Fuente: hospital el socorro

Para los grupos de edad de 15 a 44 años, se mantienen las tres primeras causas de morbilidad por consulta externa, sin embargo disminuyeron en su porcentaje para el 2007 la vaginitis aguda y la rinofaringitis aguda; la infección viral no específica aparece en el 2007, con bajo porcentaje, sin embargo vemos que consecutivamente la infección de vías urinarias ocupa el primer lugar, siendo esta una enfermedad de origen infeccioso, lo cual plantea una revisión de las condiciones de vida y el acceso oportuno a los servicios de salud, es decir PROMOCION Y PREVENCIÓN. Esta es una enfermedad que se presenta más en mujeres, donde aproximadamente una de cada cinco mujeres tendrá IVU en su vida.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

**MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN PERSONAS DE 45
A 59 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006**

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	913	44.9
2	INFECCIÓN URINARIA	268	13.2
3	RINOFARINGITIS	202	9.9
4	CONTRACTURA MUSCULAR	123	6.0
5	VAGINITIS	116	5.7
6	GASTRITIS NO ESPECIFICA	103	5.0
7	DOLOR EN ARTICULACIONES	84	4.1
8	CEFALEA	77	3.7
9	LUMBAGO NO ESPECIFICO	76	3.7
10	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	67	3.3
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.029	

Fuente: Hospital el Socorro

**MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN PERSONAS DE 45
A 59 AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007**

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	HIPERTENSION ARTERIAL	933	42,3
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS	351	15,9
3	RINOFARINGITIS AGUDA	162	7,3
4	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	157	7,1
5	GASTRITIS AGUDA	154	6,9
6	CEFALEA	120	5,4
7	VAGINITIS AGUDA	110	4,9
8	DIARREA O GASTROENTERIRIS	83	3,7
9	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICA	74	3,3
10	PARASITOSIS INTESTINAL	61	2,7
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.205	

Fuente: Hospital el Socorro

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN PERSONAS DE 60 Y MAS AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	HIPERTENSIÓN	1.343	61.5
2	INFECCIÓN VÍAS URINARIA	207	9.4
3	RINOFARINGITIS	155	7.1
4	DOLOR EN ARTICULACIÓN	137	6.2
5	GASTRITIS NO ESPECIFICA	87	3.9
6	INSUFICIENCIA CARDIACA	58	2.6
7	CONTRACTURA MUSCULAR	54	2.4
8	LUMBAGO NO ESPECIFICO	53	2.4
9	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	48	2.1
10	DIABETES MELLITUS	40	1.8
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.182	

Fuente: Hospital el Socorro

MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA EN PERSONAS DE 60 Y MAS AÑOS. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	HIPERTENSION	1080	51,0
2	INFECCION VIAS URINARIA	281	13,2
3	RINOFARINGITIS	197	9,3
4	LUMBAGO NO ESPECIFICO	102	4,8
5	CEFALEA	94	4,4
6	GASTRITIS AGUDA	88	4,1
7	DIARREA O GASTROENTERITIS DE ORIGEN INFECCIOSO	84	3,9
8	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICA	73	3,4
9	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTES	64	3,0
10	DISTENCION MUSCULAR	54	2,5
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		2.117	

Fuente: Hospital el Socorro

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

**MORBILIDAD GENERAL POR EGRESO HOSPITALARIO.
MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006**

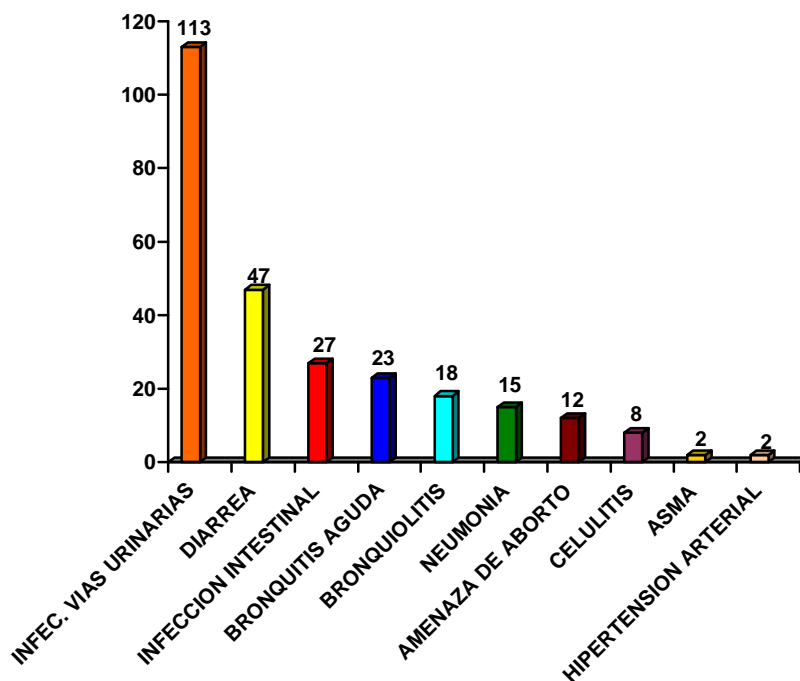
Nº	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	INFECCIÓN VÍAS URINARIAS	113	42.3
2	DIARREA	47	17.6
3	INFECCIÓN INTESTINAL BACTERIANA	27	10.1
4	BRONQUITIS AGUDA	23	8.6
5	BRONQUIOLITIS	18	6.7
6	NEUMONÍA	15	5.6
7	AMENAZA DE ABORTO	12	4.4
8	CELULITIS	8	2.9
9	ASMA	2	0.7
10	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	0.7
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		267	

Fuente: hospital el Socorro



NIT 800096623-2

**MORBILIDAD GENERAL POR EGRESO HOSPITALARIO.
MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2006**



**MORBILIDAD GENERAL POR EGRESO HOSPITALARIO.
MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007**

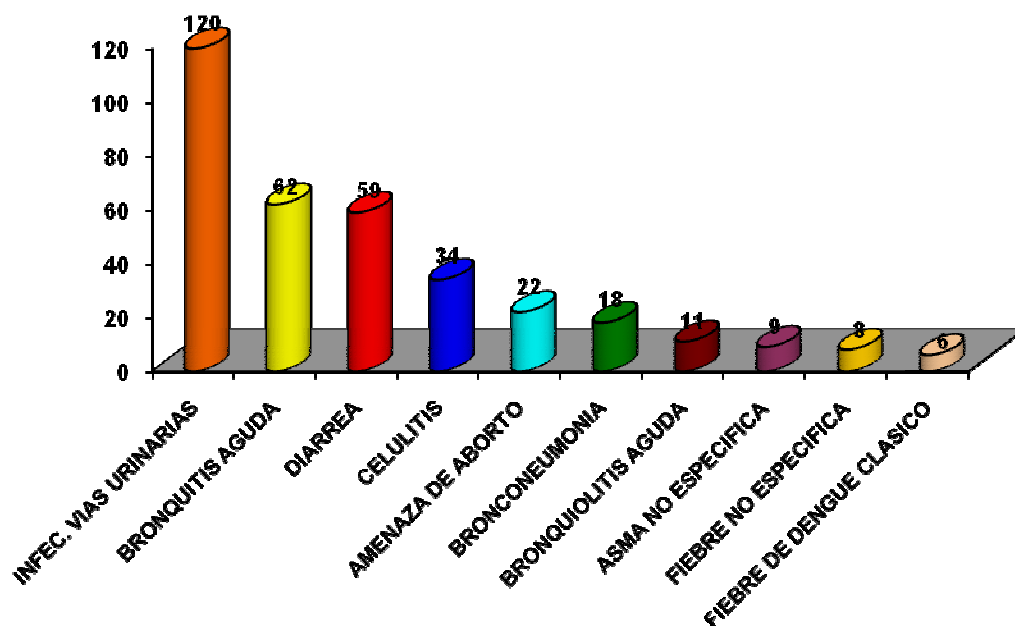
Nº	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	INFECCION VIAS URINARIAS	120	34,3
2	BRONQUITIS AGUDA	62	17,7
3	DIARREA O GASTROENTERITIS	59	16,9
4	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	34	9,7
5	AMENAZA DE ABORTO	22	6,3
6	BRONCONEUMONIA	18	5,1
7	BRONQUIOLITIS AGUDA	11	3,1
8	ASMA NO ESPECIFICA	9	2,5
9	FIEBRE NO ESPECIFICA	8	2,2
10	FIEBRE DE DENGUE CLASICO	6	1,7
TOTAL DIEZ PRIMERAS CAUSAS		349	

Fuente: hospital el Socorro



NIT 800096623-2

MORBILIDAD GENERAL POR EGRESO HOSPITALARIO. MUNICIPIO DE SAN DIEGO. AÑO 2007



Es importante anotar que en la población adulta se presentaron las mismas patologías en el 2006 y 2007, sin embargo en el 2007 se incrementó la diarrea o gastroenteritis de origen infeccioso con 3.9%, esto indica que al igual que las otras patologías, se debe mejorar la situación epidemiológica de la comunidad de San Diego, ya que en la concertación con la comunidad dio como resultado la necesidad de cumplir a cabalidad las acciones de promoción y prevención en salud a partir de la línea de base y la proyección del Plan Territorial en Salud Pública.



NIT 800096623-2

2.5 PERFIL DE MORTALIDAD

MORTALIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA - AÑO 2006

No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	6	37,60
2	HERIDAS POR ARMA DE FUEGO	2	12,5
3	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	2	12,5
4	ACCIDENTE DE TRANSITO	1	6,25
5	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA	1	6,25
6	DIARREA Y GASTROENTERITIS	1	6,25
7	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	1	6,25
8	CARDIOMIOPATIA NO ESPECIFICADA	1	6,25
9	POLITRAUMATISMO MULTIPLE	1	6,25
TOTAL CAUSAS		16	

Fuente: Hospital el socorro

MORTALIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA – 2007

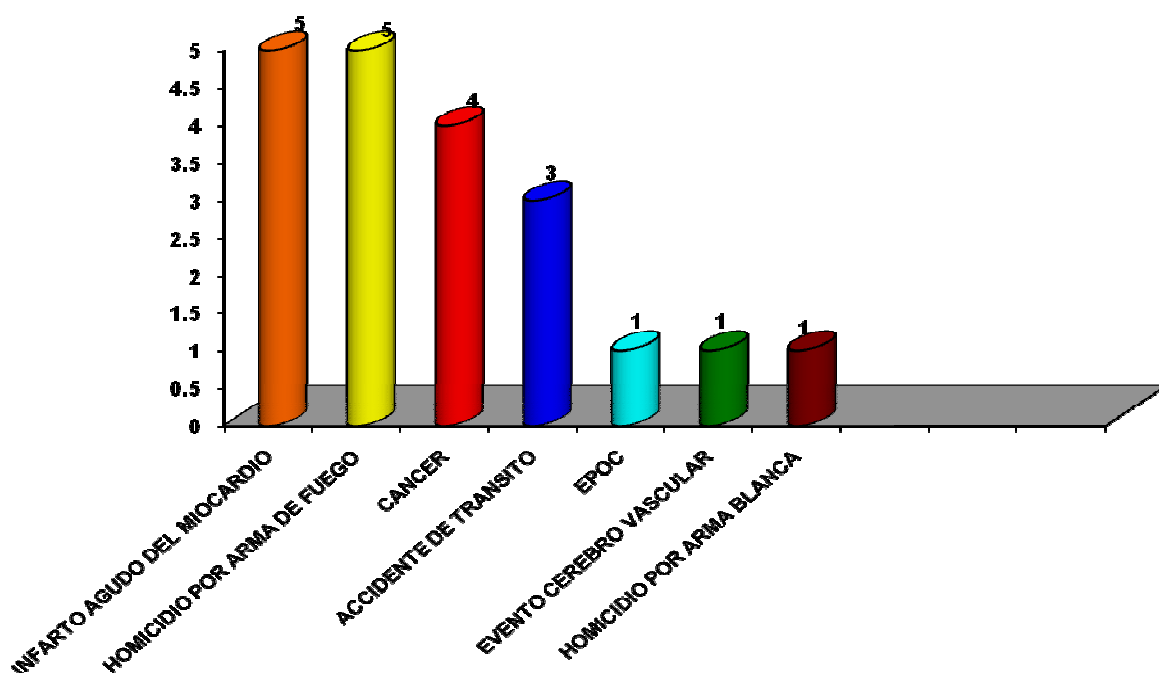
No	CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	5	25
2	HOMICIDIO POR ARMA DE FUEGO	5	25
3	CANCER	4	20
4	ACCIDENTE DE TRANSITO	3	15
5	EPOC	1	5
6	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	1	5
7	HOMICIDIO POR ARMA BLANCA	1	5
	TOTAL CAUSAS	20	

Fuente: Hospital el Socorro



NIT 800096623-2

**MORTALIDAD GENERAL. MUNICIPIO DE SAN DIEGO.
AÑO 2007**



El infarto agudo de miocardio sigue siendo la primera causa de muerte por consulta externa en el municipio de San Diego, sin embargo para el 2007 disminuyó en un 13%, la segunda causa también sigue siendo homicidio por arma de fuego, el cual se incrementó para el 2007 en un 12.5%, situación preocupante que alerta a trabajar en equipo, con énfasis en prevención de la violencia con sensibilización desde los hogares hasta las escuelas y población adulta. Le siguen el cáncer, accidente de tránsito, enfermedad obstructiva crónica y accidentes cerebro vasculares en menor porcentaje.



NIT 800096623-2

2.6 IDENTIFICACION DE RIESGOS EPIDEMIOLÓGICOS

En cumplimiento con lo establecido en la Resolución 425, el municipio de San Diego prioriza las acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención de las lesiones evitables y nutrición.

De acuerdo con lo descrito en el capítulo correspondiente al diagnóstico de la salud de la población especialmente en cuanto tiene que ver con las acciones priorizadas y concordancia con lo establecido en el Plan de Desarrollo municipal en la línea estratégica 1.2.4 "**Es hora de actuar por la salud pública integral**" se establecen las siguientes metas Resultado para el cuatrenio:

- Disminuir en un 20% la mortalidad perinatal
- Mantener por debajo de 0.4 /000 la incidencia de muertes por EDA e IRA en menores de 5 años
- Reducir en un 10% los embarazos en adolescentes
- Reducir en un 50% la incidencia de VIH
- Diseñar e implementar el plan municipal de salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas
- Reducir la desnutrición global en menores de 5 años
- Reducir en un 30% la desnutrición en gestantes
- Incrementar en un mes la media de lactancia materna exclusiva

La línea de base, indicadores y metas de producto se detallan en los Anexos técnicos, así como las estrategias y las metas trimestrales para el año 20



NIT 800096623-2

2.7 PERFIL DE RIESGOS Y PRESTACION DE SERVICIOS

Cobertura de Acueducto Alcantarillado y Aseo

CONCEPTO	2003			2004			2005			2006*		
	% U	% R	% TT	% U	% R	% TT	% U	% R	% TT	% U	% R	% TT
Acueducto	98,5	95	97%	95,5	85	90%	96	95	95%	94	94	94%
Alcantarillado	88,7	30	58%	54,8	30	42%	60	35	47%	90	36	65%
Aseo	82,6	0	39%	76	0	36%	80	0	38%	83	0	44%

Fuente: Gobernación del Cesar - Las coberturas 2003-2005 fueron calculadas con la población proyectada por el Dane según censo 1993 - *Las coberturas 2006 fueron calculadas con la población censal 2005

CALIDAD DEL AGUA

2003		2004		2005		2006		2007	
NO	APTA	NO	APTA	NO	APTA	NO	APTA	NO	APTA
21%		12%		0%		0%		35%	

El municipio de San Diego sigue presentando deficiencias en este servicio, a pesar que para los años 2005 y 2006 las muestras para calidad de agua estuvieron 0% no aptas y para el 2007 fue de 35% no aptas, esta situación se ve reflejada en los índices de morbilidad general por egreso hospitalario, presentándose diarrea o gastroenteritis en un 17.6% en el año 2006 y 16.9% en el año 2007 aguda; indicando esto la falta de monitoreo en los eventos de salud de la población, por lo tanto se requiere orientar las acciones de promoción y prevención, con la priorización de los recursos.

2.8 PREVALENCIA E INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

El porcentaje de enfermedades crónicas en el municipio de San Diego se mantiene así: Tumores Malignos : se incrementaron los casos en los años 2005 y 2007 , con 7 y 9 casos respectivamente, ya que el 2006 aparece sin datos. El bajo peso al nacer disminuyó en los años 2005 y 2006, presentando un incremento en el 2007 de 5.9 a 7.25%.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

El porcentaje de desnutrición proteico calórica en la población atendida por consulta externa ascendió en los últimos años en el municipio de San Diego de 12.16 a 13.94 para los años 2004 y 2005 respectivamente; para el 2006 disminuyó al 8.28, y se incrementó nuevamente al 9.53% para el 2007, sin embargo este incremento es inferior comparado con los años anteriores, significando esta situación el monitoreo continuo que requiere esta población. La meta es reducir la desnutrición global en menores de 5 años.

El porcentaje de nacidos vivos en madres de 10 a 19 años se ha mantenido en un 22.5 en los últimos tres años, situación alarmante comparado con el año 2004 que fue de 7.03%. Estas cifras indican incrementar la vigilancia en las actividades de promoción y prevención, para disminuir los embarazos en adolescentes. (No se tienen datos exactos por edades). La meta programada es la reducción de los embarazos en adolescentes en un 10%.

Para las enfermedades inmunoprevenibles se ha mantenido la cobertura en un 104 y 103% para los años 2006 y 2007 respectivamente, es decir se mantiene por encima de la meta Nacional, puede ser debido a la migración de la población entre otros factores.

Las enfermedades producidas por microbacterias como la tuberculosis y la lepra se mantienen en 0% en los últimos años. La tuberculosis se presentó en los años 2003 y 2004 con 23.89 y 5.92% respectivamente, notamos la gran disminución de un año a otro.

La mortalidad por dengue, Leishmaniasis y chagas se mantiene en cero % en los últimos años. La morbilidad por dengue disminuyó del año 2006 a 2007 de 211.08 a 145.92%; en el año 2005 el riesgo fue alto (195.27%. Por dengre hemorrágico de cero casos en el 2006 se incrementó al 14.59% en el 2007. La fiebre amarilla cero casos los últimos cinco años y la malaria alto riesgo en el 2007 con 7%, lo cual indica la coordinación con el Departamento de las acciones de control y vigilancia en salud pública.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

La mortalidad por IRA también es de cero % en los últimos dos años; su morbilidad disminuyó notablemente en el 2007 a 59.62%, después de estar en un 819.99% en el 2006; la meta es mantener por debajo de 0,4 por mil la incidencia de muertes por EDA e IRA ira en menores de 5 años. Su incidencia es de 0.40 en el 2007. La morbilidad por EDA aumentó significativamente del año 2006 a 2007, es decir de 200.47% a 459.27%, la mortalidad es de cero % los últimos cinco años.

La mortalidad materna, se mantiene en cero % los últimos tres años y la mortalidad perinatal, disminuyó de 19.11 en el 2006 a 7.25% en el 2007. La meta es disminuir en un 20% la mortalidad perinatal; su incidencia es de 19,19 entre los años 2003 y 2007.

Se han presentado dos casos de accidentes ofídicos en el año 2007 y 12 casos en el 2006. Exposiciones rábicas cero casos.

En cuanto a las enfermedades de transmisión sexual encontramos que para VIH/SIDA se presentaron dos casos para en año 2007 correspondiente al 14.59%, siendo su incidencia de 1.46%, como meta se busca la reducción en un 50%. Sífilis congénita cero casos.

La ETAS entre los años 2006 y 2007 se han mantenido en un 2.91%: La calidad del agua (ver perfil de riesgos y prestación de servicios). (ver anexos).

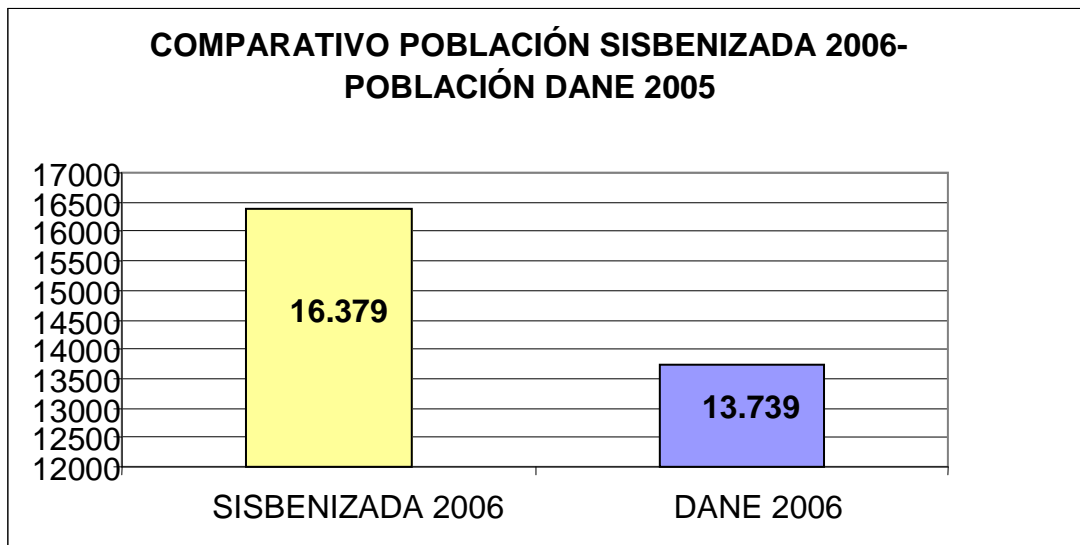


NIT 800096623-2

2.9 SITUACION DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIO ESTADO DE ASEGURAMIENTO

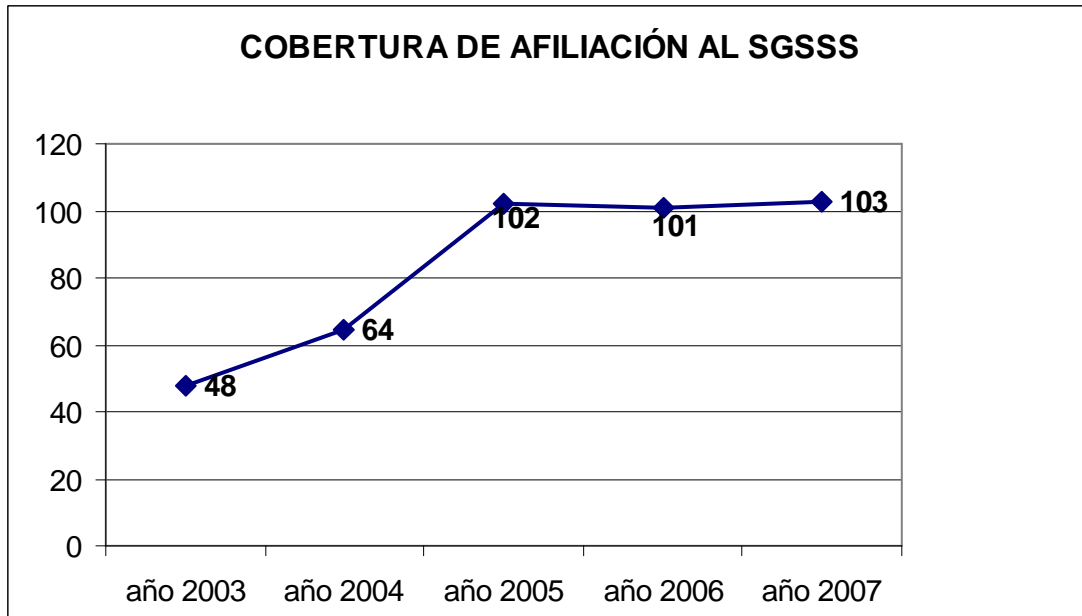
2.9.1. COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

El municipio de San Diego presenta una cobertura al sistema general de seguridad social del 102,33% el cual mostró un incremento significativo como consecuencia del censo 2005, que se encuentra un poco inferior a la población manejada por el municipio según la proyección del Dane 1993. Pese a lo anterior todavía tenemos población no cubierta por el SGSSS. (ver cuadros anexos).





NIT 800096623-2



Las debilidades del Sistema en cuanto a aseguramiento fueron analizadas a partir de las concertaciones comunitarias y mesas de trabajo (ver anexos)

En concordancia con lo planteado en el Plan de Desarrollo municipal en la línea de acción estratégica 1.2.1, el Plan Territorial de Salud establece como meta resultado del cuatrenio para este eje programático alcanzar la cobertura en salud del 100% a través del desarrollo de acciones tendiente a mejorar y optimizar el sistema de información de los beneficiarios del régimen Subsidiado, Bases de Datos del Sisben y afiliación al Régimen contributivo (revisión permanente de las bases de datos e incremento en su afiliación).

Las metas de producto y los indicadores se encuentran detallados en el Anexo técnico No. 1.



NIT 800096623-2

2.9.2. CAPACIDAD INSTALADA DE LA RED PUBLICA

En aras de garantizar la Calidad de la Prestación de los Servicios de Salud a la comunidad del municipio de San Diego y previo análisis de la situación de la red local, se establece como meta resultado para el cuatrenio para este eje programático garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad por parte de las IPS. Se plantean metas de resultados e indicadores tendientes a lograr que todas las IPS, tanto pública como privadas, implementen el Sistema de Gestión de Calidad, tal y como lo establece la normatividad, apoyados en acciones de auditoría con acompañamiento de la Secretaría de Salud Departamental. (ver anexo técnico 1).

Lo anterior en concordancia con el Plan de Desarrollo municipal, línea estratégica 1.2.3 **"Eficiencia y eficacia en la prestación del servicio de la red pública local"**.

INSTITUCION	SERVICIOS	No. CAMAS	SALA TRAB, PARTO	SALA DE PARTO	SALA PUERPERIO	SALA DE OBSERVACION	SALA DE URGENCIAS
Hospital Local El Socorro	I Nivel	12	1	1	1	1	1
Centro de Salud de Media Luna	Consulta Externa	2	1	1	1	-	1 consultorio de urgencia
Centro de Salud Tocaima	Consulta Externa		-	-	-	-	-
Centro de Salud del Rincón	Consulta Externa		-	-	-	-	-
Centro de Salud Los Tupes	Consulta Externa		-	-	-	-	-
Centro de Salud las Pitillas	Consulta Externa		-	-	-	-	-
Centro de Salud de Nuevas Florez	Consulta Externa		-	-	-	-	-
Centro de Salud de los Brasiles	Consulta Externa		-	-	-	-	-

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

INSTITUCION	SERVICIOS	LABORATORIO CLINICO	CONSULTA EXTERNA	ODONTOLOGIA
Hospital Local El Socorro	I Nivel	1	4 Consultorios	1 Consultorio
Centro de Salud de Media Luna	Consulta Externa, urgencias	-	2 Consultorios (1 de P y P)	1 Consultorio
Centro de Salud Tocaima	Consulta Externa	-	1 Consultorio	-
Centro de Salud del Rincón	Consulta Externa	-	1 Consultorio	-
Centro de Salud Los Tupes	Consulta Externa	-	1 Consultorio	-
Centro de Salud las Pitillas	Consulta Externa	-	1 Consultorio	-
Centro de Salud de Nuevas Florez	Consulta Externa	-	1 Consultorio	-
Centro de Salud de los Brasiles	Consulta Externa	-	1 Consultorio	-

2.9.3. CAPACIDAD INSTALADA DE LA RED PRIVADA

INSTITUCION	UBICACION	SERVICIOS
Unisalud	Área urbana San Diego	Odontología
Odontocentro	Área urbana San Diego	Odontología

En el municipio de San diego sólo existen dos instituciones prestadoras de servicios privadas, localizadas en el área urbana.



NIT 800096623-2

2.9.4 PROMOCIÓN SOCIAL

Teniendo como base el fundamento social del Plan de Desarrollo del municipio de San Diego, el Plan Territorial de Salud en su eje programático Promoción Social determina como Meta Resultado del cuatrenio Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población vulnerable a través de la Implementación de proyectos integrales de promoción social que beneficien a la población vulnerable del municipio.

Se adoptan entonces los proyectos planteados en la línea de acción estratégica 1.3 **"Atención a la población vulnerable y vulnerada y a la infancia y adolescencia"**.

Los proyectos, sus metas e indicadores se encuentran plasmados en los Anexos técnicos 1 y 2.

2.9.5 RIESGOS PROFESIONALES

En este aspecto en el municipio de San Diego, no existen normas aplicativas en cuanto a seguridad industrial, por tanto la meta formulada en el Plan Territorial es fomentar la estrategia de entornos saludables en espacios laborales. También se deben desarrollar acciones para medir el porcentaje de instituciones públicas con implementación de la estrategia y el seguimiento al cumplimiento de las acciones obligatorias de las aseguradoras de riesgos profesionales con afiliados en el municipio.

2.9.6 EMERGENCIAS Y DESASTRES

En este eje programático, el municipio no cuenta con una planeación en el caso de presentarse estos fenómenos, es decir no existe la implementación de un Plan de Emergencias y Desastres, por lo tanto la meta formulada en el Plan es fortalecer las acciones del comité. Se desarrollarán acciones de articulación intersectorial para el desarrollo de los planes preventivos, de mitigación y superación de las emergencias y desastres.



NIT 800096623-2

2.10 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- **REFERENCIA:** Envío del usuario o elementos de ayuda diagnóstico por parte de los prestadores de servicio de salud a otros prestadores de servicios de salud para atención o complementación diagnóstica o terapéutica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.
- **CONTRARREFERENCIA:** Es la respuesta que de los prestadores de servicio de salud receptores de la referencia, den al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra-remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en las instituciones receptoras, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Es implementado a través del decreto 2759 de 1991, Ley 10 1990 y Leyes 60 y 100 de 1993.

Para analizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, es necesario tener una red de servicios operando en el sistema que debe ofrecer lo que la Ley ofrece como sus derechos, en términos de calidad, oportunidad y eficiencia.

Estas características del servicio de salud, depende de otras muchas cosas, como el tránsito de los usuarios a través de las IPS, que conforman la Red, y para ello se requiere de un Régimen de Referencia y Contrarreferencia, que sea susceptible de vigilancia y control en forma eficiente y efectiva, con relaciones entre los intermediarios y la Red de carácter formal, es decir claramente adoptadas y establecidas por los organismos competentes.

Los elementos que conforman un red son: EPS, direcciones de salud, órdenes de servicios, información pertinente, relaciones entre los intermediarios y ambiente en el cual está inmersa la Red.

Para el caso del municipio de San Diego, se debe reorganizar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia articulado con las EPS subsidiada y contributivo, Departamento y municipio; con el fin de ofrecer la prestación de servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud con eficiencia y una atención continúa integral y oportuna a



NIT 800096623-2

través de la Red de Servicios estructurada para cada administradora , dando cumplimiento a los parámetros de Garantía de la Calidad, en todos los niveles de complejidad.

La secretaría municipal de salud del municipio, debe solicitar de manera oportuna el procedimiento documentado de cada EPS S y C; donde apliquen los elementos que conforman la Red antes mencionados y realizar seguimiento trimestral a cada una de ellas.

El Departamento a su vez debe dar cumplimiento a la normatividad a través de las dependencias de su organización, garantizando la operación de la Red de Servicios y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de complejidad.

INSTITUCION	AMBULANCIAS	RADIO TELEFONOS
Hospital Local el Socorro	1	1 Fijo 1 Portátil
Puesto de Salud de Media Luna	-	1

3. DEFINICION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA

3.1. VISION

El municipio de San Diego adoptara e implementará políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, para el mejoramiento del estado de salud de la población; evitando así la progresión y ocurrencia de enfermedades crónicas y degenerativas, como también la disminución de inequidades en la población, a través del fortalecimiento de la red Pública y cobertura universal de aseguramiento, que nos garanticen una población saludables y con excelente calidad de vida.



NIT 800096623-2

3.2 MISIÓN

Somos un municipio donde propendemos por el bienestar de nuestra población a través de acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y a la sociedad en conjunto, con el fin de reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades, las secuelas y discapacidad causadas por la enfermedades crónicas y degenerativas, el envejecimiento y la transición demográfica, como líneas de política de Salud Pública.

3.3 PROPOSITO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Siguiendo con los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública, el municipio de San Diego tiene como propósito dentro de su Plan de salud Territorial el mejoramiento del estado de salud de la población de su municipio , evitando así la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentando los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

3.4 ENFOQUES DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

3.4.1 CONCERTACIÓN COMUNITARIA (VER ANEXOS).

3.4.2 ENFOQUE POBLACIONAL

El municipio de San Diego a través del Plan Territorial de Salud Pública intervendrá a través de las acciones en salud para modificar riesgos acumulados, con el objeto de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población así:

- Aplicar una estrategia con enfoque de riesgo que permita lograr la equidad en la atención de salud.
- Promover la salud integral de la población de mayor riesgo a través de acciones articuladas a otros sectores comprometidos.
- Empezar acciones orientadas a disminuir la aparición de factores de riesgo que afecta a la población. (ver cuadros de concertación).



NIT 800096623-2

3.4.3 ENFOQUE DE DETERMINANTES EN SALUD

Son los factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

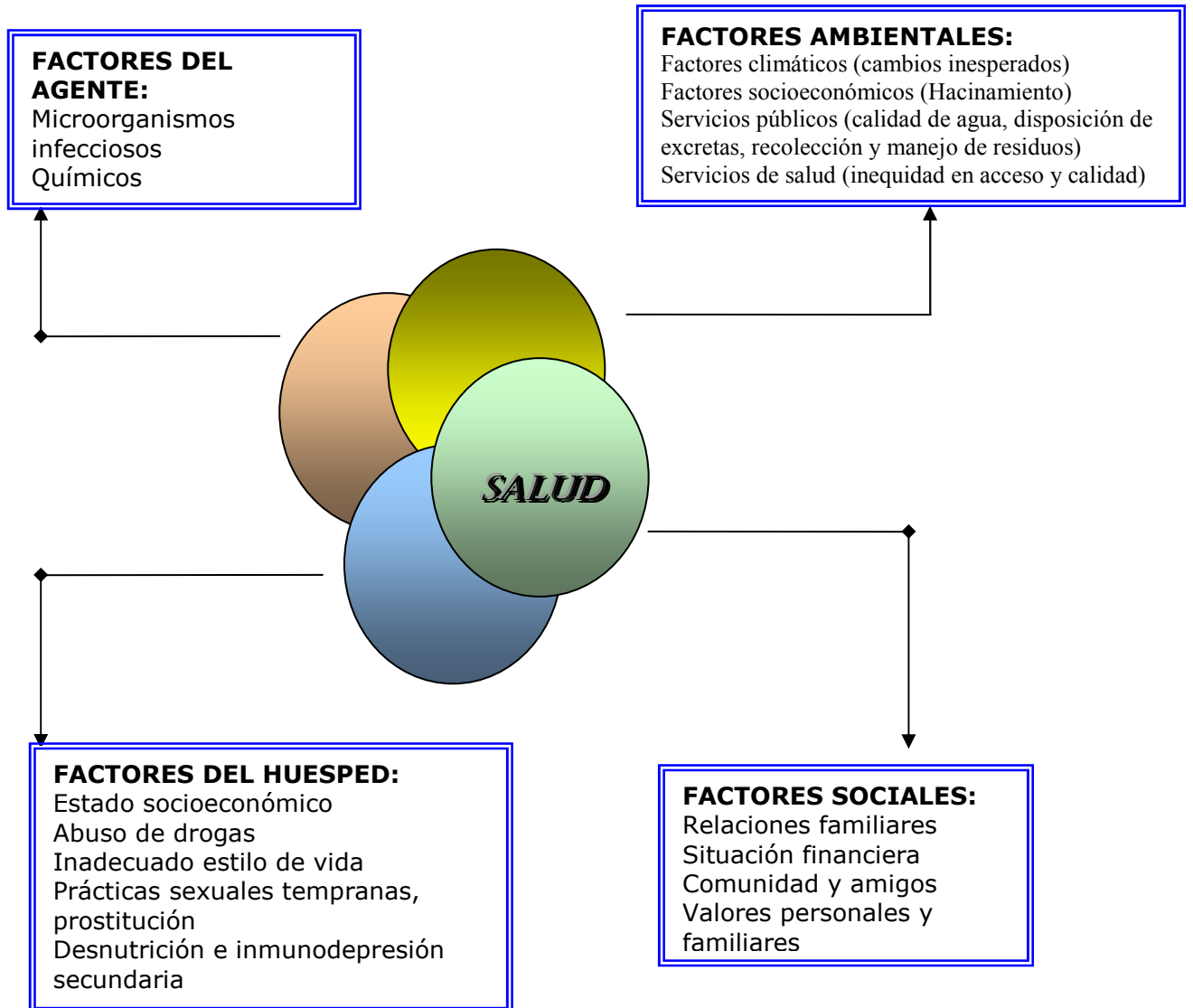
Está determinada por componentes biológicos, psicológicos y sociales en unidad dinámica con la enfermedad, teniendo en cuenta como resultado la interacción entre los individuos y su medio, condicionando niveles de bienestar físico, mental y social.

Este enfoque también permite desarrollar plenamente una actividad social y económicamente social y productiva. La salud de los individuos es una condición necesaria pero no suficiente para lograr un proceso de desarrollo socio-económico.



NIT 800096623-2

DETERMINANTES DE LA SALUD

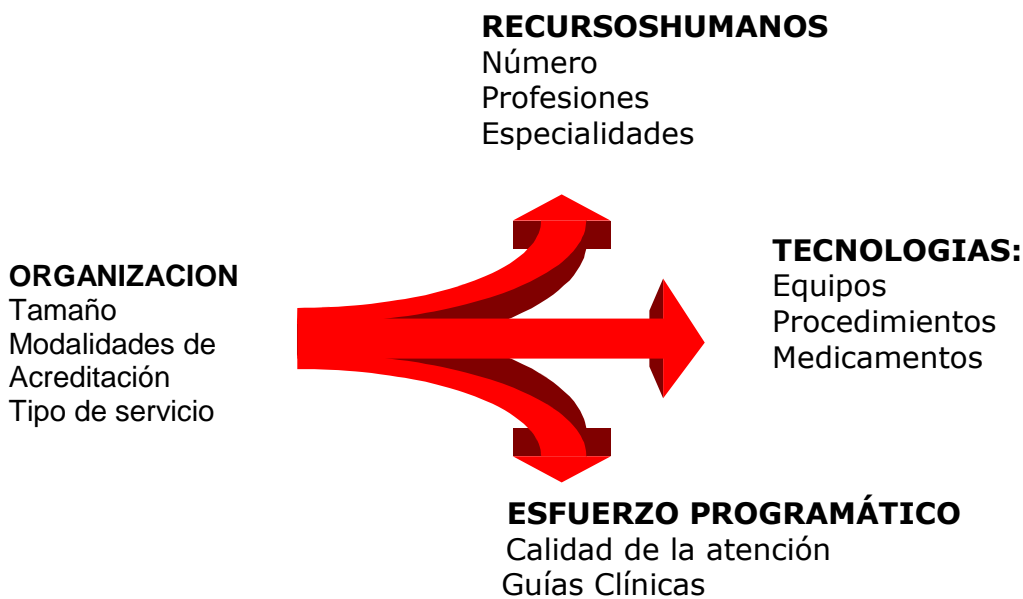




NIT 800096623-2

3.4.4 ENFOQUE DE GESTION SOCIAL DE RIESGO

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD Y EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA



Definido el riesgo como “Una medida que refleja la probabilidad de que se reduzca un hecho o daño” es imprescindible trazar medidas intervencionistas preventivas para evitar o reducir el daño, al medir el riesgo podremos conocer la frecuencia total del evento: su incidencia (riesgo absoluto); la probabilidad de que la enfermedad aparezca en personas con uno o más factores de riesgo (riesgo relativo); y la proporción en que un factor de riesgo se encuentra en una población (riesgo atribuible).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

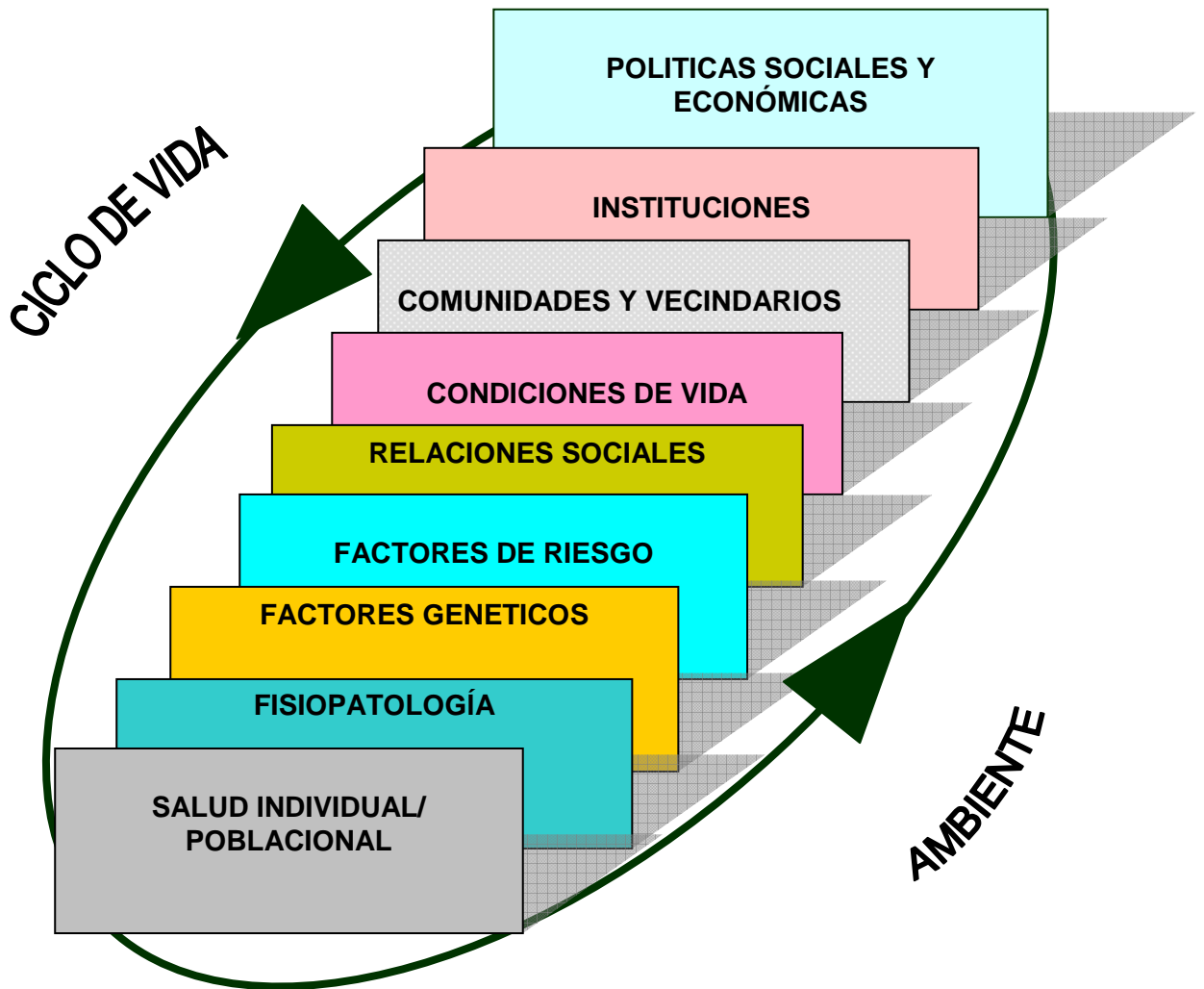
Aplicando estos conceptos al estado actual del municipio de San Diego a través del Plan asumiremos el gran reto de ejecutar las acciones correspondientes al mejoramiento de la información en primera instancia, tomando como línea de base la problemática identificada con la comunidad y coherente con las políticas gubernamentales, haciendo énfasis en la modernización de la Red prestadora de servicios de salud, el cumplimiento de las obligaciones de las aseguradoras que actúan en la localidad, priorizando los estados morbosos susceptibles de intervención y los factores asociados.

Dentro de esa política de participación intersectorial, bajo el análisis de la multiplicidad de factores es importante tener en cuenta modelos simples y objetivos susceptibles de aplicación en el territorio con los recursos existentes, para lograr disminuir las desigualdades que se constituyen en barreras del desarrollo eficiente en los programas de salud.



NIT 800096623-2

MODELO MULTIDIMENSIONAL PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD



Tomado de: *Los determinantes de salud: Una aproximación Inicial (Modelo multidimensional para reducir las desigualdades en salud. Fuente: Kaplan)*



NIT 800096623-2

3.5 PRINCIPIOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

UNIVERSALIDAD

El Estado garantiza cobertura universal al aseguramiento en salud y propiciará el acceso a los servicios de salud de la población pobre sin capacidad de pago, mientras se encuentren de manera transitoria sin un seguro de salud.

EQUIDAD

El estado garantiza “igual acceso a la promoción, protección y recuperación de la salud, en igualdad de oportunidades e igual calidad en la prestación de los servicios individuales y colectivos de acuerdo a las necesidades de la población, teniendo en cuenta el reconocimiento de las diferencias.

CALIDAD

El estado, los particulares y los individuos protegerán la salud pública mediante el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad de bienes, servicios, información y publicidad que ofrecen y prestan a la comunidad hacia la garantía de la calidad de los servicios colectivos y el cuidado en los estilos de vida.

EFICIENCIA

Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros del Estado y los particulares para garantizar el derecho a la salud y el acceso de los servicios integrales de promoción, protección y restauración con oportunidad, calidad y suficiencia.

RESPONSABILIDAD

El Estado, todas las personas naturales y jurídicas deberán asegurar el acceso a los servicios con calidad, oportunidad, eficiencia, equidad. Todos los actores deben asumir sus compromisos y competencias.

RESPECTO POR LA DIVERSIDAD CULTURAL Y ETNICA

El Estado garantiza que a las comunidades étnicas, se les respeten sus costumbres, creencias y saberes frente a la promoción, protección y restauración de su salud y la de su comunidad, teniendo corresponsabilidad para que ellas mismas desarrollen sus propios planes y programas de salud de acuerdo a sus usos, entre otros.



NIT 800096623-2

PARTICIPACION SOCIAL

El estado garantizará los espacios legítimos de participación social para que la comunidad organizada y capacitada pueda acceder a los escenarios de diagnóstico de la salud, diseño de planes de salud, evaluación y rendición de cuentas sobre la ejecución de presupuestos asignados al sector.

INTERSECTORIALIDAD

Entendida como un trabajo coordinado entre los sectores e instituciones para el control de los determinantes que afecten la salud de la población, con apropiación de recursos: económicos, humanos, físicos y tecnológicos; y no como un mismo trabajo llevado a cabo por diferentes instituciones de cada sector.

3.6. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA

OBJETIVO GENERAL: Propiciar las condiciones de salud y bienestar para toda la población, mediante la implementación de estrategias propuestas bajo los enfoques locales, competencia de intervención y capacidad resolutoria hacia el logro de las metas propuestas para el cuatrienio, mediante la armonización y articulación efectiva 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. (Decreto 3039 de 2007)

Dentro de este accionar en lo que compete al municipio de San Diego se han conjugado los intereses políticos sociales y administrativos para trazar en el Plan de Salud Territorial las estrategias pertinentes hacia el logro de un municipio saludable, abriendo los espacios participativos y direccionando los recursos necesarios desde el sector y otros sectores comprometidos ampliamente en la solución a las inequidades en salud planteadas y de la que depende el progreso y desarrollo de la población y su gente.

Para entrar en un contexto básico de acciones se hace necesario tener en cuenta cada uno de los lineamientos de política establecidos a nivel nacional para luego proyectar de manera precisa las políticas municipales con base en las competencias establecidas y descritas en el siguiente cuadro.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

3.6.1 LINEAMIENTOS DE POLITICA: PROMOCION DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA

DEFINICIÓN TECNICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS COMPETENCIA ASEGURADORAS
<p>Conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades del Estado y todas las personas naturales y jurídicas del territorio nacional, departamental, distrital y municipal que buscan facilitar los medios y mecanismos para que las personas e individuos transformen los comportamientos individuales y grupales y las condiciones del entorno y de los servicios que afectan la salud y calidad de vida. Esta línea hace posible la vinculación de los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social.</p>	<p>Fomentar las capacidades humanas y generar en las comunidades e individuos las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad y a exigir a las autoridades responsabilidad para la mejoría de las condiciones del entorno a fin de facilitar el desarrollo de una "cultura de la salud con calidad de vida".</p>	<p>Promoción del conocimiento de los derechos y deberes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en la población afiliada. Promoción de entornos saludables en la población a su cargo y en el ámbito de los servicios de salud. Promoción del desarrollo individual integral por ciclo vital y de la adopción de estilos de vida saludable. Promoción de la salud mental con énfasis en el ámbito intrafamiliar. Promoción del uso racional, adecuado y oportuno de los servicios en salud. 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.</p>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

3.6.2 LINEAMIENTO DE POLITICA: PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS

DEFINICIÓN TECNICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS SEGUN COMPETENCIA TERRITORIAL	ESTRATEGIAS COMPETENCIA ASEGURADORAS
<p>Es el conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades del Estado y todas las personas naturales y jurídicas del territorio nacional, departamental, distrital y municipal que buscan proteger a la población e individuos frente a los riesgos y amenazas prevenibles para la salud, mediante el desarrollo de estrategias, actividades, procedimientos e intervenciones de prevención y control.</p>	<p>Minimizar la pérdida de bienestar, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño a "niveles de riesgo aceptable socialmente", mediante intervenciones preventivas que son compartidas entre el Estado, la comunidad y las aseguradoras y, los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas.</p>	<p>Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios.</p> <p>Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia.</p> <p>Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.</p> <p>Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.</p> <p>Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción. Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción. 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.</p>	<p>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.</p> <p>Desarrollo de su red de instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS y del sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS.</p> <p>Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública.</p> <p>Evaluación de la percepción del riesgo y satisfacción de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.</p>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

3.6.3 LINEAMIENTO DE POLITICA: RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS EN SALUD

DEFINICIÓN TECNICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS SEGUN COMPETENCIA TERRITORIAL	ESTRATEGIAS COMPETENCIA ASEGURADORAS
<p>Conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades definidos en el plan obligatorio de salud que buscan recuperar la salud y superar los daños ocurridos en las poblaciones e individuos, mediante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las lesiones y secuelas causadas por las enfermedades y traumatismos y el acceso a redes de protección.</p> <p>Involucra acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para recuperar la salud y superar los daños en todos los niveles de complejidad. conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones y actividades definidos en el plan obligatorio de salud que buscan recuperar la salud y superar los daños ocurridos en las poblaciones e individuos, mediante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las lesiones y secuelas causadas por las enfermedades y traumatismos y el acceso a redes de protección.</p> <p>Involucra acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para recuperar la salud y superar los daños en todos los niveles de complejidad.</p>	<p>Fortalecer las intervenciones de promoción en salud y prevención primaria y exigen la corresponsabilidad en el manejo del daño entre el usuario y el Estado en la entidad promotora de salud del régimen contributivo, subsidiado y regimenes especiales.</p> <p>Esta política demanda de la autoridad sanitaria y de los particulares una permanente evaluación del acceso, oportunidad, calidad, pertinencia de los servicios de salud y satisfacción de los usuarios.</p>	<p>Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del plan obligatorio de salud – POS-C y POS-S. Prestación de servicios de salud a la población pobre, no asegurada, en lo establecido en el POS-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 POS-C y POS-S. Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias. 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. Desarrollo de la redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia, en su jurisdicción. Desarrollo, supervisión y evaluación de los servicios de atención integral de los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.</p> <p>Fomento de la telemedicina.</p>	<p>Desarrollo de la redes de instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS y del sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>Cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.</p> <p>Mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en salud pública.</p> <p>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 regimenes contributivo y subsidiado.</p> <p>Fomento y desarrollo de la telemedicina.</p>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

3.6.4 LINEAMIENTO DE POLITICA: VIGILANCIA EN SALUD Y GESTION DEL CONOCIMIENTO

DEFINICIÓN TECNICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS SEGUN COMPETENCIA TERRITORIAL	ESTRATEGIAS COMPETENCIA ASEGURADORAS
<p>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.</p>	<p>Establecer procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.</p>	<p>Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción.</p> <p>Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción.</p> <p>Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.</p> <p>Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción.</p> <p>Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción.</p> <p>Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción.</p>	<p>Desarrollo del sistema de vigilancia en salud en sus competencias.</p> <p>Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de la situación de salud de sus afiliados y usuarios.</p> <p>Generación de la información requerida por el sistema de información de salud.</p>

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento del Cesar
Secretaría de salud



NIT 800096623-2

3.6.5 LINEAMIENTO DE POLITICA: GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

DEFINICIÓN TÉCNICA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS SEGUN COMPETENCIA TERRITORIAL	ESTRATEGIAS COMPETENCIA ASEGURADORAS
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Aseguramiento universal en salud, priorizando la población pobre y vulnerable.</p> <p>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.</p> <p>Mejoramiento de la capacidad institucional para la planificación y gestión de las acciones individuales y colectivas en salud pública. Concertación intersectorial para la modificación de los determinantes de la salud y reducción de condiciones de vulnerabilidad de los individuos y poblaciones.</p> <p>Desarrollo de los modelos de atención en salud de origen intercultural.</p> <p>Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano en áreas de interés en salud pública.</p> <p>Desarrollo de un plan de asesoría y asistencia técnica a todos los actores del Sistema de Protección Social.</p> <p>Promoción del control social y la rendición de cuentas.</p>	<p>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.</p> <p>Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud a su cargo.</p> <p>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.</p> <p>Fomento del mejoramiento continuo de las competencias del talento humano y capacitación en áreas de interés en salud pública.</p> <p>Desarrollo de balance social y rendición de cuentas.</p>