



## INTRODUCCION

La Alcaldía del municipio de Támara, de acuerdo a la normatividad vigente en el Decreto 3039 del 10 de agosto del 2007 y la Resolución 0425 del 11 de febrero del 2008, da cumplimiento a la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2.008 . 2.011.

Esta información fue suministrada por entes municipales y departamentales para la implementación del diagnóstico situacional de Salud del municipio; obteniendo datos importantes para lograr identificar y garantizar los focos principales, definiendo objetivos, metas y estrategias, ajustándolos a las necesidades del municipio de Támara.

Siendo objetivo principal para la Alcaldía de Támara, llevar a cabo y dar cumplimiento a cabalidad los principios fundamentales de la Ley 100 de 1993, para el mejoramiento de las condiciones de salud, bienestar y estilo de vida saludable de la población; es así, como se desea lograr la calidad de los servicios de salud y la protección social, por medio de promoción y prevención, recuperación y superación, vigilancia y gestión en el desarrollo funcional del Plan Territorial de Salud y Plan Nacional de Salud Pública encaminando todos el proceso integral de bienestar personal, familiar y social de la comunidad.

El plan de salud territorial **CONVITE AL PROGRESO+** articula la aplicación del principio del derecho a la salud a través del aseguramiento, la calidad en la prestación de los servicios, la generación de una cultura de auto cuidado previniendo lo prevenible, las acciones a la población especial y vulnerable del municipio y, finalmente, los procesos de gestión administrativa para ejercer el liderazgo en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan, esperando que los resultados obtenidos, reflejen indicadores de bienestar, calidad de vida y desarrollo social de la comunidad Tamareña.

El primer capítulo del Plan, presenta el marco conceptual comprendido en dos aspectos: Uno, el soporte normativo y jurídico que define las competencias municipales en salud y dos, las principales definiciones de conceptos que anteceden la construcción del Plan.

Un segundo capítulo, hace referencia al diagnóstico de salud del municipio, plasmando la descripción del estado actual de cada uno de los ejes programáticos del Plan, de acuerdo a la información revisada y analizada de

-----  
"CON VITE AL PROGRESO SOCIAL"



## CAPITULO I.

### 1. MARCO CONCEPTUAL

#### 1.1. MARCO JURIDICO

El marco normativo para el Sector salud parte de la Constitución Política que establece la salud como uno de los derechos fundamentales de la persona y de la sociedad, y la obligación del estado de garantizarla dentro de los principios de solidaridad, universalidad, oportunidad y eficiencia, según lo descrito en el artículo 48, 49 y 50 de la misma.

##### 1.1.1. COMPETENCIAS DEL NIVEL MUNICIPAL DENTRO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

##### **De Dirección del Sector:**

- Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.
- Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.
- Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
- Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
- Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.



aire, en coordinación con las autoridades competentes a las acciones de control a que haya lugar.

- Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.
- Ejercer vigilancia y control sanitario sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.
- Cumplir y hacer cumplir las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a. de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Con la expedición del Decreto 3039 del 2007, por medio del cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública, se instituyen los Objetivos de las Prioridades Nacionales en Salud para el Periodo 2008 . 2011.

Por medio de la resolución 425 de Febrero de 2008, se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, mediante la construcción y definición de indicadores para los ejes programáticos y subprogramáticos definidos según las prioridades nacionales.

La circular 001 del 16 de mayo de 2008, emitida por el Ministerio de la Protección Social y la Supersalud, reitera los lineamientos para la proyección y ejecución de los recursos programados en el Plan Territorial de salud.

Por otra parte, el Plan Municipal de salud obedece también a todas aquellas disposiciones establecidas para el sector, en coherencia a la articulación de los diferentes actores del Sistema, entre las cuales se encuentran:

- Resolución 3384, 2000. Establece las Actividades de Promoción y Prevención de Responsabilidad de ARS Y EPS.
- Resolución 412, 2000. Establece las Actividades, Procedimientos e Intervenciones de Actividades de Demanda Inducida de Obligatorio Cumplimiento y Adopta las Normas Técnicas y Guías de Atención.
- Acuerdo 117, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de 1998.



- Asignación de Recursos del FOSYGA para los años 2008-2009 Y 2010, para Ampliación de Cobertura que se realice en el Año 2008
- Decreto 028 de 2008 .Por medio del cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control integral al gasto que se realice con recursos del Sistema General de Participaciones.
- Resolución 660 de 2008 Por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de interventoría del Régimen Subsidiado.

## 1.2. DEFINICIONES

**Sistema de la Protección Social** : Conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo. (Art. 1, Ley 789 de 2002). Integra en su operación el conjunto de obligaciones; instituciones públicas, privadas y mixtas; normas; procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema General de Seguridad Social Integral.

Políticas públicas dentro del Sistema de la Protección Social: **Conjunto de estrategias identificadas e implementadas para la reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales, ambientales, sociales (violencia intra familiar, desplazamiento), económicas (desempleo, fracaso comercial, crisis financiera) y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital (nacimiento, infancia, juventud, vejez y muerte) y la salud (enfermedades, lesiones, discapacidad)**

**Riesgos asociados a fuentes de salud:** Conjunto de riesgos para el bienestar de los



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.

**Plan Nacional de Salud Pública:** Incluye las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales y las políticas sociales transversales de otros sectores. Define las responsabilidades en salud Pública a cargo de la Nación, de las Entidades Municipales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud .SGSSS- , que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Municipal.

**Promoción de la Salud y Calidad de vida:** Proceso Político y Social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

**Prevención de los Riesgos:** Conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. Tienen como objetivo minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la Comunidad, las Entidades Promotoras de Salud .EPS-, las administradoras de Riesgos Profesionales- ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la Salud de las Personas.

**Recuperación y Superación de los Daños en Salud :** Conjunto de acciones individuales del Plan Obligatorio de Salud POS de los regímenes Contributivo y



## CAPITULO II:

### 2. DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO

#### 2.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MUNICIPIO

##### 2.1.1 DIVISION POLITICA Y CONTEXTO GEOGRAFICO DEL MUNICIPIO DE TAMARA

###### 2.1.1.1 DIVISION POLITICA

<b>Fundación:</b>	6 de agosto de 1628
<b>Fundador:</b>	Hermanos Jesuitas
<b>Altitud:</b>	1156 m.s.n.m.
<b>Distancia a la capital Dpto:</b>	95 Km.
<b>Distancia a la capital País:</b>	431 Km.
<b>Extensión Km. 2 Í área</b>	1145 Km. 2
<b>Localización</b>	Lat. N 5° 50'+long. W 72° 15'+
<b>Temperatura media:</b>	23°C
<b>Población proyectada 2008:</b>	6.933 habitantes, Hombres: 3645 Mujeres: 3.288
<b>Actividad económica:</b>	Agricultura y ganadería
<b>Fiestas y eventos:</b>	Fiestas Decembrinas y festival Internacional del café y la música Llanera+
<b>Atractivo:</b>	Cerro Santa Bárbara %el mirador del llano+, Arquitectura tipo Colonial.

En el caso de los cuatro sectores de conformación informal que aparecen anotados en el Subsistema Político-Administrativo, el fenómeno se da de la siguiente manera:

- **Sector No 1**, excepto los pobladores del Resguardo indígena, la migración se realiza hacia los municipios de Paz de Ariporo, Sácama y algunos a Tame.



Para la población veredal el acceso es más difícil por su distancia, las condiciones de las vías y aun más en época invernal. Además, la disponibilidad de transporte y las telecomunicaciones afectan notoriamente a la población.

## 2.5 DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE TÁMARA

### 2.5.1 ANALISIS POBLACIONAL

Según proyección DANE, la población del municipio de Támara es de 7.079 personas, de los cuales 6.199 (87.57%) se localizan en el área rural y en el perímetro urbano 880 habitantes (12.43%).

En el Municipio de Támara según las estadísticas del **SISBEN** (2006), la población total del municipio que se encuentra afiliada es de 7.400 de las cuales 6.480 personas se ubican en el sector Rural y 920 personas se ubican en el sector Urbano.

**CUADRO No. 1. MATRIZ DE INFORMACION CENSAL**

**Población Total del Municipio de Támara por Áreas y Sexo, según Edades Simples**

EDAD	URBANA			CENTRO POBLADO			RURAL			TOTAL		
	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL
0-4	55	59	114	12	14	26	300	332	662	367	405	772
5-9	74	81	155	16	23	39	368	412	780	458	516	974
10-14	63	74	137	17	12	29	387	375	762	467	461	928
15-19	62	79	141	11	13	24	342	364	706	415	456	871
20-24	63	60	123	11	11	22	212	241	453	286	312	598
25-29	56	38	94	11	17	28	135	180	315	202	235	437
30-34	49	50	99	12	6	18	142	285	427	203	341	544
35-39	34	38	72	14	7	21	320	151	471	368	196	564
40-44	26	32	58	2	14	16	123	147	270	151	193	344
45-49	31	26	57	3	5	8	96	136	232	130	167	297
50-54	21	21	42	2	1	3	76	103	179	99	125	224
55-59	15	14	29	6	8	14	73	76	149	94	98	192
60-64	10	9	19	5	4	9	81	74	155	96	87	183
65-69	18	7	25	6	4	10	54	75	129	78	86	164
70-74	13	6	19	2	4	6	56	47	103	71	57	128
75-79	13	3	16	4	3	7	47	26	73	64	32	96
80-84	10	4	14	0	0	0	18	14	32	28	18	46



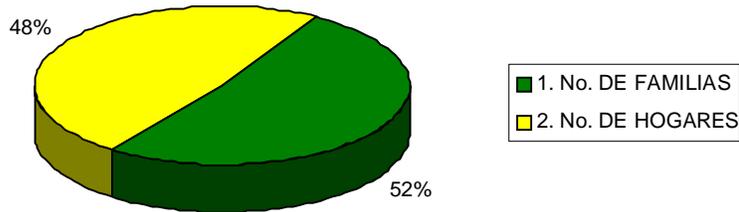
0-14	206
15-29	358
30-59	357
> 60	266

**2.5.3.2 Población rural**

La población rural del municipio se encuentra distribuida por edades así:

Rango	No
0-14	2204
15-29	1474
30-59	1498
> 60	0515

**GRAFICA 2. FAMILIAS Y HOGARES DEL MUNICIPIO DE TAMARA EN EL AREA RURAL**



Fuente: secretaria de planeación Támara

**2.5.4 Población vulnerable**

Menores de 0 a 5 años de edad:	10.43%
Mayores de 60 años en adelante:	8.89%

**2.5.5 Población Adulta en Capacidad de Trabajar**

Personas en capacidad de Trabajar: tenemos en 45.02% hombres y mujeres entre 14 y 60 años de edad.



En el municipio existe el resguardo de Chaparral . Barronegro, en donde permanece la etnia U'wa localizado al norte del Departamento de Casanare en la margen derecha del río del mismo nombre, el cual está dividido en cinco sectores: La Guarque, Corozo, Campohermoso, Casirva y Chaparral estas comunidades conforman la unidad territorial del Resguardo. Cabe resaltar que corozo no pertenece a Támara sino al municipio Sácama.

Teniendo en cuenta los cuatro sectores pertenecientes al municipio se tiene que el total de los habitantes indígenas existentes es de 322 distribuidos por sectores así:

**CUADRO No. 2. INDIGENAS EXISTENTES MUNICIPIO DE TAMARA**

Sectores	Habitantes	Familias
Guaraque	61	9
Campo hermoso	122	22
Casirva	46	8
Chaparral	93	14

Fuente:Plan de Vida indígena Chaparral Barro Negro, Sec. Gobierno Dptal

Este resguardo representa EL 10,28% de la población total de indígenas del departamento, teniendo en cuenta que según el censo 2005, la población indígena residente en Casanare era de 4.102 habitantes.

### 2.6.3 Población en condición de discapacidad

Según el censo de caracterización de discapacidad DANE 2007, el municipio de Támara presenta en total 488 habitantes con algún grado de discapacidad, de los cuales 289 son hombres y 199 son mujeres.

Del total de los habitantes discapacitados el 78,69% viven en la zona rural del municipio y el 21,31% se encuentra en la zona urbana siendo el sexo masculino los que más presentan.

### 2.6.7 Población necesidades básicas insatisfechas (NBI)

Son índices que son tenidos en cuenta para mostrar las condiciones de pobreza de la población, los cuales deben cumplir con un mínimo de requisitos que tienen que ver con vivienda, hacinamiento, dependencia económica, y menores no escolarizados.

Según el censo DANE 2005, el índice de pobreza de la población Tamareña medido a través del NBI, en porcentaje muestra

**CUADRO No. 3. CENSO DANE 2.005**



### 2.7.1.1 Mortalidad Infantil

En cuanto a mortalidad infantil en el municipio, se tuvo en cuenta la información con que dispone el DANE estadísticas vitales, en la base de datos Nacidos vivos y defunciones de la oficina de sistemas de la Secretaría Departamental de Salud de Casanare, cabe aclarar que los datos presentados del año 2007 son preliminares ya que este dato corresponde a septiembre de 2007.

**CUADRO No. 4. DEFUNCIONES DE MENORES DE UN AÑO Y NACIMIENTOS EN CASANARE, POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA 2000-2005**

MUNICIPIO DE RESIDENCIA				2000		
DPTO	MUNI	COD.	NOM_MUNICIPIO	No. de defunciones en menores de 1 año	No. de Nacimientos	Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV
85	400	85400	TAMARA	1	108	9,3

Fuente: DANE-Estadísticas Vitales

Elaboro: Jorge Eliecer González Díaz - MPS - DGSP - GVSP.

2001			2002		
No. de defunciones en menores de 1 año	No. de Nacimientos	Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV	No. de defunciones en menores de 1 año	No. de Nacimientos	Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV
0	99	0,0	0	94	0,0

Fuente: DANE-Estadísticas Vitales

Elaboro: Jorge Eliecer González Díaz - MPS - DGSP - GVSP.

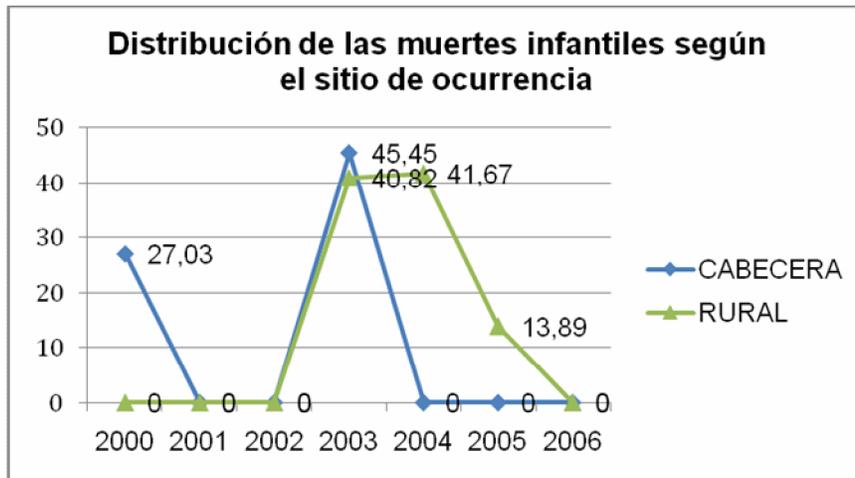
2003			2004		
No. de defunciones en menores de 1 año	No. de Nacimientos	Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV	No. de defunciones en menores de 1 año	No. de Nacimientos	Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV
3	74	40,5	2	82	24,4

Fuente: DANE-Estadísticas Vitales



La tasa más alta se presentó en el 2003, seguida del año 2004, se debe tener en cuenta que el parto institucional es bajo con respecto al resto de los municipios del Departamento debido a la dificultad de accesibilidad de orden geográfica a los servicios de salud.

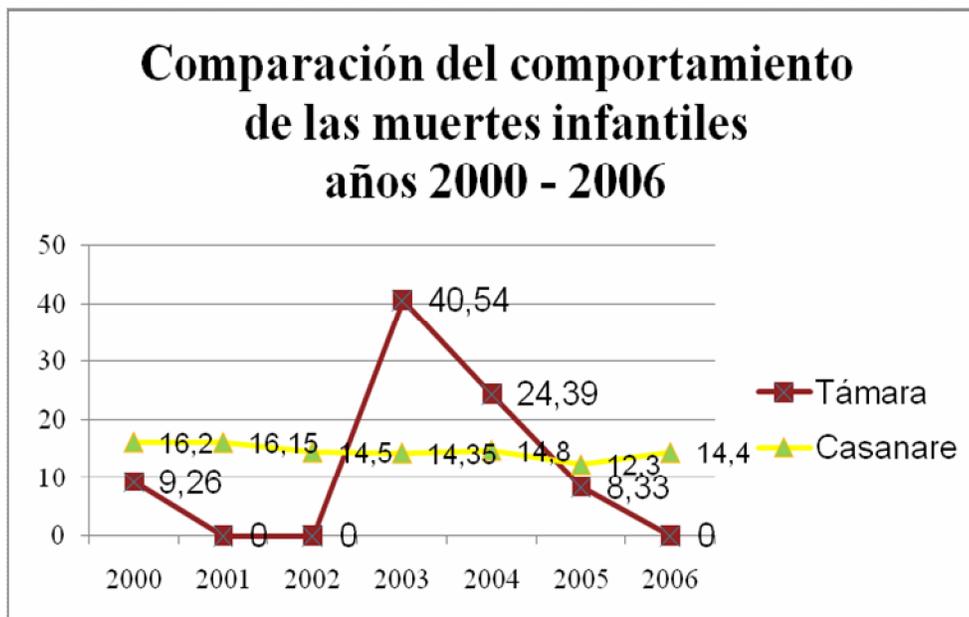
**GRAFICA 6. DISTRIBUCION DE LAS MUERTES INFANTILES SEGÚN EL SITIO DE OCURRENCIA.**



Fuente: DANE estadísticas vitales, BD de N.V, defunciones (Sistemas Sec. Dptal de Salud de Casanare)

Haciendo un comparativo con el Departamento, muestra que en los años 2003 y 2004 era alto con respecto al total de muertes infantiles departamentales.

**GRAFICA 7. COMPARACION DEL COMPORTAMIENTO DE LAS MUERTES INFANTILES AÑOS 2.000 Ë 2.006**





4	Dolor Abdominal localizado en parte superior	69	121	190
5	Infección de vías urinarias en sitio no especificado.	42	144	186
6	Infección Viral no especificada	91	92	183
7	Caries de la dentina	67	114	181
8	Rinofaringitis aguda (Resfriado Común)	83	96	179
9	Necesidad de Inmunización contra Influenza	75	102	177
10	Micosis no especificada	67	95	162

Fuente: Secretaría de Salud de Casanare.

- **Morbilidad por consulta externa de menores de un año**

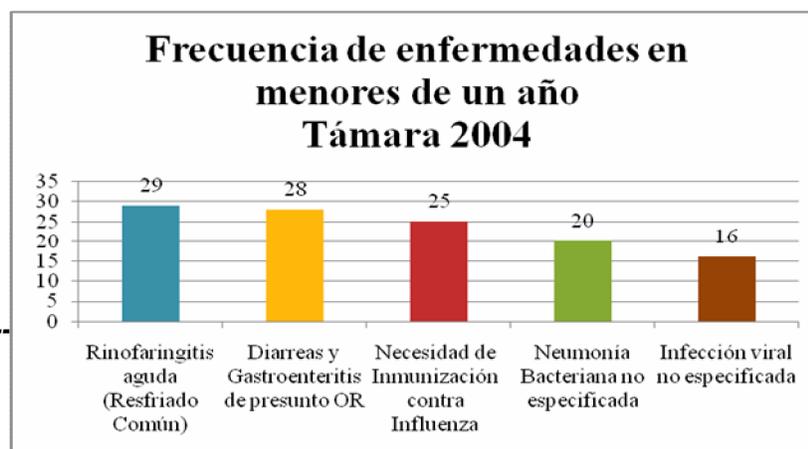
Este grupo se dividió en dos subgrupos atendiendo a la vulnerabilidad específica para cada etapa del crecimiento, así: menores de un mes o de 0 a 30 días y de 1 a 11 meses.

La frecuencia de la morbilidad por consulta externa en el grupo menor de un mes en el 2004 fue de 13 consultas de las cuales aproximadamente 8 de tipo respiratorio, y 5 como resfriado común y 3 de inmunización contra influenza.

En el grupo de 1 a 11 meses se registraron 201 consultas externas, el 52% de sexo masculino, las primeras 5 causas corresponde al 65%.

El grupo de las primeras cinco causas está constituido predominantemente por enfermedades transmisibles; en orden de frecuencia aparecen las infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y gastroenteritis, neumonías e infecciones de la piel.

GRAFICA 9. MORBILIDAD DE MENORES DE UN AÑO EN CONSULTA EXTERNA POR SEXO, TÁMARA 2004





**CUADRO 6. MORBILIDAD EN LOS NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS EN CONSULTA EXTERNA POR SEXO. TAMARA 2004.**

	<b>Enfermedad</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
1	Parasitosis Intestinal sin otra especificación	115	153	268
2	Infección viral no especificada	35	32	67
3	Diarreas y Gastroenteritis de presunto OR	26	27	53
4	Rinofaringitis aguda (Resfriado Común)	17	35	52
5	Cefalea	16	34	50

Fuente: Secretaría de Salud de Casanare.

- **Morbilidad por consulta externa de 15 a 44 años**

En el grupo de 15 a 44 años se registraron 1812 consultas externas en el 2004, el 70% de sexo femenino. Las primeras quince causas representan el 55% del total de consultas y las primeras cinco el 42%.

Las primeras cinco causas corresponden en orden de frecuencia a Parasitosis intestinal, cefalea, caries dolor abdominal e infecciones de vías urinarias. La mayor frecuencia de consultas es de mujeres por vaginitis (100%) cefalea, (89%) infección de vías urinarias (85%) y resfriado común (67%).

- **Morbilidad por consulta externa de 45 a 59 años**

En el grupo de 45 a 59 años se registraron 478 consultas externas en el 2004, el 66% de ellas pertenecientes al sexo femenino. Las primeras cinco causas corresponden en orden de frecuencia a Parasitosis intestinal, infección de vías urinarias, Necesidad de Inmunización contra la influenza, hipertensión esencial y amenorrea secundaria. La mayor frecuencia de consultas en este grupo lo aportan también las mujeres, especialmente para

las infecciones de vías urinarias y la amenorrea. En el sexo masculino la frecuencia de consultas solo es mayor en hombres que en mujeres para la hipoglicemia no especificada.

En este grupo de edad aunque persiste la Parasitosis intestinal como primera causa de morbilidad, la mayoría de las causas son consecuencias del catabolismo en donde predominan las enfermedades de tipo degenerativo como lumbago, dolor en miembro, malestar y fatiga.

- **Morbilidad por consulta externa de 60 y más años**



En general y teniendo en cuenta todas las edades; las causas de consulta en primer lugar enfermedades infecciosas del sistema respiratorio con una tasa de 1191 por 10.000 habitantes, seguidas de las del tracto digestivo con una tasa por 10.000 habitantes de 584,4.

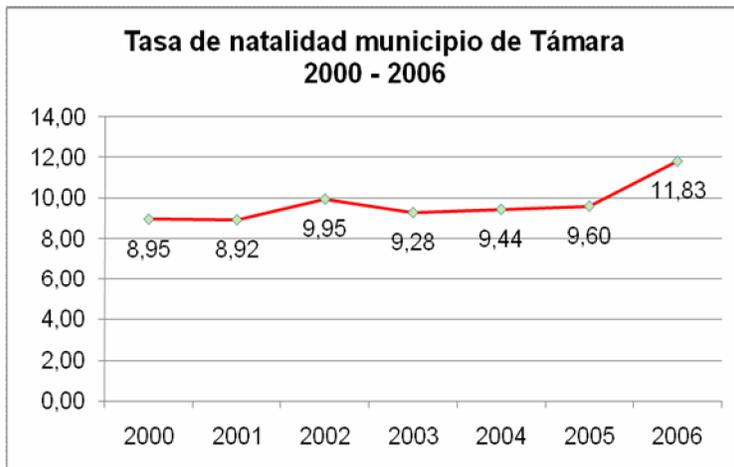
En los menores de un año, el grupo de 1 a 4 años, las dos primeras causas de consulta fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados en segundo lugar la diarrea y gastroenteritis.

En el grupo de 5 a 14 años, las primeras causas de consulta fueron la Parasitosis intestinal sin otra especificación, infección no especificada y diarreas. En el grupo de edad de 15 a 44 años fueron Parasitosis intestinal, cefalea, caries dolor abdominal e infecciones de vías urinarias. La mayor frecuencia de consultas es de mujeres con vaginitis (100%) cefalea, (89%) infección de vías urinarias (85%) y resfriado común (67%)

**2.7.2 NATALIDAD**

La tasa de natalidad que se viene presentando en los años 2000 . 2006 ha sido estable, teniendo un aumento de de 2,23 puntos porcentuales entre los años 2005 y 2006 por mil habitantes.

**GRAFICA 11. TASA DE NATALIDAD MUNICIPIO DE TAMARA 2000 - 2006**



Fuente. Estadísticas vitales DANE. Secretaria Departamental de Salud

**CUADRO No. 9. COBERTURAS DE VACUNACION POR BIOLÓGICO DEL MUNICIPIO DE TAMARA DICIEMBRE 2007**

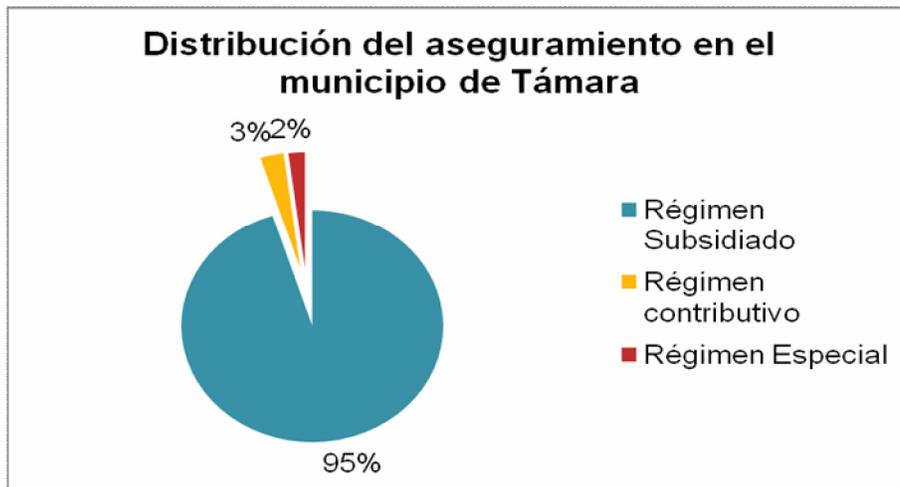
CODIGO	Municipio	Población menor de 1 año (1)	VOP	% VOP	DPT	% DPT	BCG	%BCG
85400	Tamara	163	125	76,69%	125	76,69%	139	85,28%
	TOTALES	163	125	76,69%		76,69%	139	85,28%



Fuente: DANE y Secretaría Departamental de Salud

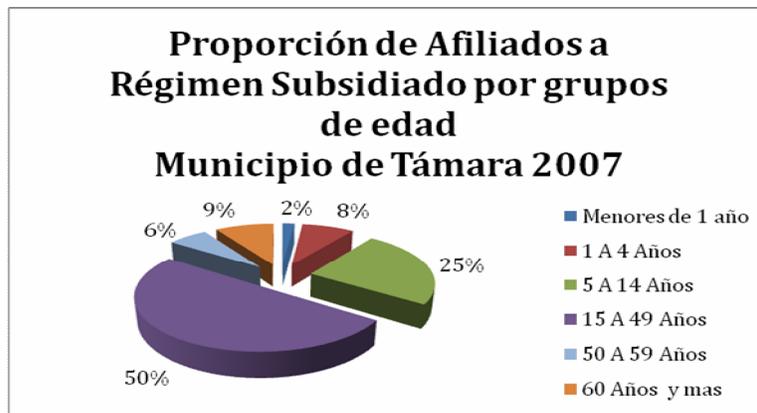
Según el Ministerio de la Protección Social con corte a 31 de diciembre de 2006, el municipio presentaba una cobertura del 100% en régimen subsidiado; A 31 de diciembre de 2007 el municipio presentó una cobertura en el Régimen de Seguridad Social en Salud de 120,13%, la cual se encuentra distribuida así:

**GRAFICA 13. DISTRIBUCION DEL ASEGURAMIENTO EN EL MUNICIPIO DE TAMARA**



Fuente: Proyección DANE 2008; Población SISBEN: Base DNP julio de 2007; Ministerio de la Protección Social, Secretaría de Salud de Casanare

**GRAFICA 14. PROPORCION DE AFILIADOS A REGIMEN SUBSIDIADO POR GRUPOS DE EDAD**



Fuente: Oficina Sisben Régimen Subsidiado Municipio de Támara.

**GRAFICA 15. PROPORCION DE AFILIADOS A REGIMEN CONTRIBUTIVO POR GRUPOS DE EDAD**



- Estructuración de la red: Definir los puntos de atención de la red para prestación de los servicios de salud con los cuales se harán convenios con los municipios más cercanos y de fácil acceso, todo esto por calidad y comodidad del paciente.
- La reestructuración de la Red Publica debe estar encaminada a la viabilidad económica, reorganización funcional, apoyo de un centro regulador con referencia y contrarreferencia y remisiones de acuerdo al triage; teniendo los requisitos de habilitación y certificación para contratación pública y vigilancia y control.
- Para el municipio de Támara es prioridad construir la infraestructura (Centro de Salud), reestructuración de la Red, la Dotación del mismo, centros reguladores con participación preactiva de la comunidad.

## 2.9.1 IPS PÚBLICA

**2.9.1.1 CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL** quien depende de Red Salud Casanare, Servicios:

- Atención de urgencias las 24 horas
- Atención de consulta externa
- Hospitalización de primer nivel;
- Atención especializada I son referidos desde el Centro de salud de Tamara al Hospital de Yopal.
- Transporte de Atención Básica (TAB)

### Talento Humano

El centro de Salud cuenta con 18 cargos en su planta de personal compuesta por:

Un (1) Médico director, un (1) médico en servicio Social Obligatorio, una (1) enfermera en Servicio Social Obligatorio, un (1) odontólogo en servicio Social Obligatorio, un (1) bacteriólogo en servicio Social Obligatorio, un (1) auxiliar de odontología, un (1) auxiliar de laboratorio, un (1) auxiliar de salud familiar y comunidad, ocho (8) auxiliares de enfermería, un (1) auxiliar administrativo y un (1) conductor.

Para una mayor calidad en la prestación del servicio, con calidad humana se debe hacer una evaluación de horas de trabajo por profesional con sus respectivos procesos y procedimientos teniendo en cuenta los picos de emergencia y contingencias rotando por todas las áreas del municipio.



### 2.9.3.2 Talento Humano

La IPS COOMEDICAN sede Tamara cuenta con (3) cargos en su planta de personal compuesta por:

Un (1) Médico, (1) Auxiliar de laboratorio, (1) auxiliares de enfermería, un (1) auxiliar de servicios generales .

### 2.9.3.4 CAPACIDAD INSTALADA EN IPS COOMEDICAN

SERVICIO	Número de Consultorios	N° de Horas disponibles	Número de atención en semana	Recurso Humano
Medicina General	1	8	5	1
Toma de muestra	1	8	5	1

## 2.10 SITUACION EPIDEMIOLOGICA

### 2.10.1 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

#### 2.10.1.1 PARASITISMO INTESTINAL Y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Dentro de las prioridades del municipio encontramos la NO DISPONIBILIDAD de Agua potable la cual conlleva a: higiene en la preparación, en el almacenamiento, conservación y manipulación de alimentos; hábitos higiénicos y alimenticios inadecuados; deficiente sistema de disposición de excretas, ocasionando diagnósticos comunes como: parasitismo intestinal. Mal manejo de clasificación de las basuras, recolección y almacenamiento inadecuado.

#### 2.10.1.2 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Las infecciones respiratorias agudas son provocadas por: Hacinamiento, contaminación por quema de basuras, desnutrición, cambios climáticos, tabaquismo, malos hábitos higiénicos, bajas coberturas de vacunación en los niños menores de cinco años, la falta de eficiencia y cumplimiento en las acciones de Promoción y Prevención.



En el departamento de Casanare se han realizado varios estudios sobre la Enfermedad de Chagas, relacionados tanto con la distribución de vectores, como de prevalencia en la población escolar menor de 18 años en los 19 municipios al tomar la población aleatoriamente del área rural de los Municipios del Departamento se estableció que dentro de los municipios de Alto Riesgo se encuentra TAMARA.

## 2.10.2 FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD

De acuerdo a los resultados de morbi-mortalidad ya expuestos, y a las características geográficas del municipio, se determina que los principales factores de riesgo son:

El acueducto con el que cuenta en la actualidad el municipio no cumple con especificaciones necesarias para el tratamiento de aguas, por lo cual se facilita la proliferación de enfermedades como E.D.A y parasitismo intestinal. El agua no es apta para el consumo humano, de acuerdo a los estudios que han realizado, se concluye que hay una gran proporción de residuos fecales humanos en el agua que llega por el acueducto a las viviendas.

Encontrándose en el agua del municipio Hiperclorada y con un PH de 5.5 siendo el mínimo 6.5 ( Fuente Secretaria de Salud Departamental)

La ausencia de un adecuado manejo de los residuos sólidos provenientes del matadero municipal influye gravemente en la salud, por cuanto no se puede realizar un satisfactorio control de la calidad de la carne que se expende. Esto finalmente causa enfermedades como las I.R.A., E.D.A., cisticercosis, toxoplasmosis, rabia humana y animal, y facilita la proliferación de vectores de otras patologías graves como el dengue hemorrágico y la malaria.

**Enfermedades transmisibles y de zoonosis:** En este tópico se incluyen enfermedades como el dengue, la malaria, fiebre amarilla, varicela, cólera, encefalitis equina, tripanosomiasis o Chagas y leishmaniasis.

## 2.10.3 NUTRICION

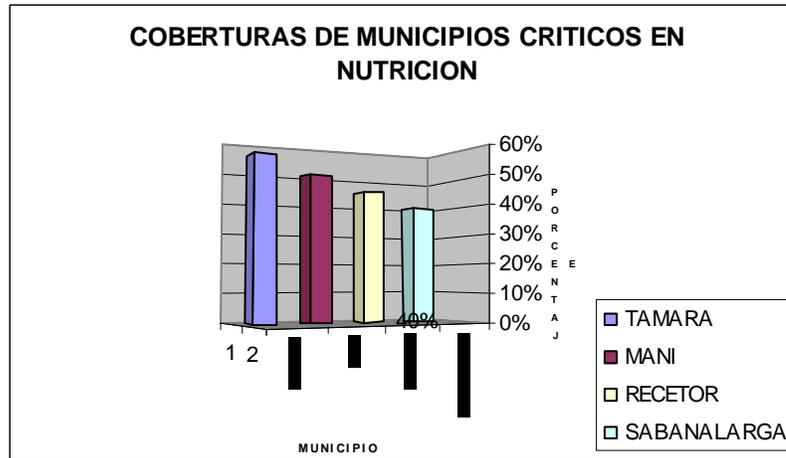
La Desnutrición, como enfermedad y como factor de riesgo de otras enfermedades, está causada principalmente por la paupérrima nutrición a la que tiene acceso la población rural, esto es debido a que las condiciones económicas que poseen los habitantes de la zona rural son en su mayoría insuficiente, constituyéndolos en un gran grupo con Necesidades Básicas Insatisfechas.

### GRAFICA 16. NUTRICION DEL MUNICIPIO DE TAMARA



El 9% de su población consume alimentos de todos los grupos diariamente, por tanto la tendencia es a variar la dieta en un 39% y aunque la mayoría de su población posee esta característica existe un 21% con tendencia a variarla poco.

**GRAFICA 18. COBERTURAS DE MUNICIPIOS CRITICOS EN NUTRICION**



Fuente. Secretaria de Salud Departamental.

Uno de los municipios de Casanare que presentan mayor porcentaje de desnutrición severa es Támara.

▪ **Desnutrición en menores de Cinco años**

**CUADRO No. 12. DESNUTRICION MENORES DE CINCO AÑOS**

<b>DESNUTRICION AGUDA</b>	<b>5,5814%</b>
<b>DESNUTRICION CRONICA</b>	<b>32,093%</b>
<b>DESNUTRICION GLOBAL</b>	<b>20,4651%</b>

Fuente. SISVAN 2007

▪ **Nutrición infantil de 12 meses a 60 meses**

**CUADRO No. 13. NUTRICION INFANTIL DE 12 MESES A 60 MESES**

<b>DE 12 A 24 MESES</b>	<b>9%</b>
<b>DE 25 A 36 MESES</b>	<b>7,6%</b>
<b>DE 37 A 48 MESES</b>	<b>2,7%</b>

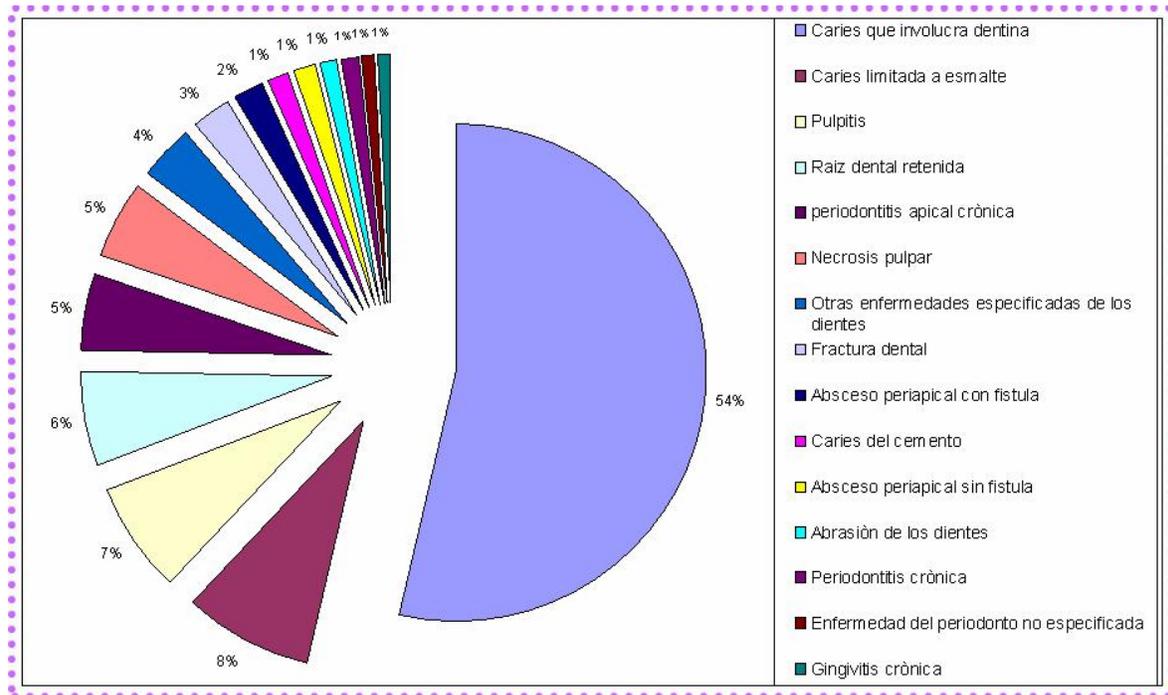


La otra gran población perjudicada por el paupérrimo estado general nutricional es el de las mujeres en gestación, en la cual se reúnen tres factores principales como son:

- Embarazo en menores de edad.
- Multiparidas
- Escasos recursos económicos.

**2.10.4**

**2.10.4.1 MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA 2007**



**GRAFICA 19. MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGIA 2007**

Fuente. Centro San Miguel Támara

1. Caries que involucra dentina	54%
2. Pulpitis	7%
3. Necrosis pulpar	5%
4. Caries limitada a esmalte	8%
5. Raíz dental retenida	6%
6. Periodontitis crónica	1%
7. Gingivitis crónica	1%
8. Periodontitis apical crónica	5%



oniformes Totales **	< 2 microorg / 100ml	0	POTABLE	*
oniformes Escherichia Coli **	Negativo	0	POTABLE	

Fuente: Secretaria de Salud de Casanare 2.006

Durante el año 2006 se llevo acabo la optimización de las redes domiciliarias de la totalidad del casco urbano y se encuentra en ejecución la optimización y replanteo de las redes principales que conducen el agua de la bocatoma a los tanques de distribución y planta de tratamiento.

La planta de tratamiento se encuentra en etapa de ejecución a fin de potabilizar el agua de consumo de la población.

### 2.10.5.2 ALCANTARILLADO

El Municipio cuenta con una red de alcantarillado, la cual fue optimizada en su totalidad en el año 2006, reemplazando la tubería, cajas domiciliarias y pozos de inspección, este servicio tiene un cubrimiento del 90% de la población, los restantes lo hacen por sistema de pozos sépticos o a campo abierto.

**CUADRO 15. DIFERENTES ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO Y BACTERIOLÓGICO REALIZADOS AL ALCANTARILLADO ARROJAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS:**

Parámetro	Máximo Admisible Decreto 425/1998	Análisis Estudio 2006	Análisis PSMV		Control de calidad Art22.
			Aguas Arriba	Aguas Abajo	
Potencial de Hidrógeno (Ph)	5 . 9	7.21	7.76	7.40	*
Material Flotante	Ausente	Presente	Ausente	Presente	*
Sólidos suspendidos: Domésticos e Industriales.	mg/L	22	2	6	*
DBO	mg/L	72	9	18	*
DQO	mg/L	45	4.6	10.6	*
COLIFORMES TOTALES	NMP/100 ml	170000	11000	17000	*
COLIFORMES	NMP/100 ml	40000	4000	6000	*



la ocurrencia de un riesgo, es decir por la ocurrencia de hechos o actos producto de factores

tanto internos como externos que pueden entorpecer el normal desarrollo de las actividades en una población determinada.

El municipio de Tamara cuenta con el Comité Local Para la Prevención y Atención de Desastres %GLOPAD+, que liderado por la Secretaría de Desarrollo social establece los planes locales de emergencia y contingencia. Para ello, debe tener en cuenta;

- El contexto del plan de contingencia
- Escenarios de posibles afectación por el evento
- Responsables del Plan de Contingencia
- Sistema de alerta, activación y coordinación

### CONTEXTO PLAN DE CONTINGENCIA

OBJETIVO	Desastres Naturales Amenazas Antropicas Accidentalidad		
El Plan de Contingencias se constituye en un instrumento para dar respuesta oportuna, adecuada y	Lugar	Área urbana y rural municipio de Tamara.	
	Clima	Accesos	Tiempo de acceso de Yopal al area urbana de Tamara
	Frio	Habilitado	x



**RESPONSABLES DEL PLAN DE CONTINGENCIA**

ÁREA	RESPONSABLE	OBJETIVO	ACTIVIDAD
Salvamento	Defensa Civil	Alejar y proteger a las personas del riesgo.	Alistamiento y seguridad, búsqueda y rescate, evacuación
Sanidad	Secretaría de Salud Municipal	Conservar y mejorar la salud de la población afectada y velar por el saneamiento ambiental del área	Atención en salud  Saneamiento ambiental, control epidemiológico, manejo de cadáveres.
Habitat y sustento	Defensa civil	Abastecer a la población afectada de acuerdo a las necesidades básicas presentes.	Alojamiento temporal, alimentación y menaje básico
Sector social	Secretaria de Gobierno, Y Accion social.	Desarrollar trabajo interinstitucional, y brindar asesoría y apoyo a la comunidad afectada	Socialización de Planes de Prevención, acciones de atención y respuesta  Elaboración de censos.
Infraestructura y servicios públicos	Secretaria de Obras Públicas, aseo urbano, sec. Planeación	Reestablecer los servicios a la comunidad afectada  garantizar condiciones normales o mejores a las que se	Evaluación grado de afectación.  Reconstrucción de infraestructuras, mantenimiento de vías, puentes, limpieza y



Según estudios se estableció que las principales amenazas identificadas para el municipio de Tamara son: Remoción en masa, Amenazas Antropicas y Accidentalidad

- **Amenazas Naturales:**
- **Remoción en masa**

En el área rural se presentan problemas de inestabilidad de con relieve de bajas pendientes, sin embargo en sus alrededores hay áreas críticas que requieren de la atención inmediata para controlar los movimientos en masa que se presentan por efecto del invierno y construcciones empíricas.

❖ Sector de los ariporos, Veredas las mesas, San Pedro, Picacha, Santa Helena, La Victoria, Cruz Verde, Guayabal, Garzas, Ecce Homo y Guaseque .

- **Amenazas Antropicas**

El área rural del municipio se encuentra expuesta a diferentes amenazas Antropicas que causan impacto al medio ambiente, y comunidad en general, de las cuales se describirán las más relevantes:

#### **A .Incendios Forestales**

En el área rural se presentan zonas con alta susceptibilidad de incendios forestales, representadas por talas y quemas de bosques para la construcción de conucos.



## **PLATAFORMA ESTRATEGICA**

### **3. PLAN MUNICIPAL DE SALUD: CONVITE AL PROGRESO**

#### **3.1. VISION DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

Propiciar un ambiente sano y saludable, bajo el principio de la equidad, ofreciendo los servicios de salud de manera oportuna y eficaz, de acuerdo a las competencias y capacidades del municipio.

#### **3.2. MISION DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

Generar condiciones a través de las cuales se logren las coberturas optimas mediante la prestación de los servicios de salud a la población Tamareña, tanto en el área rural como urbana.

#### **3.3. OBJETIVO ESTRATÉGICO**

Implementar un modelo local de Gestión, Vigilancia, Seguimiento y Control a cada una de las competencias de los actores del Sistema de Salud, fortaleciendo los mecanismos de intersectorialidad e integralidad del mismo, para incidir en los cambios conductuales de la población, construyendo un concepto integral de salud que evidencie el mejoramiento en la calidad de vida de los TAMAREÑOS

#### **3.4 PROPOSITO DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL**

El propósito del plan de salud territorial del municipio de Tamara, es el mejoramiento del estado de salud de la población, protegiendo la salud de los Tamareños, respondiendo con calidad y oportunidad en la atención, obteniendo cobertura universal, y desarrollando programas de promoción y prevención efectivos, dando énfasis en la población vulnerable, especialmente a la población infantil y materna, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional, y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades del sector salud.



### 3.4.2 EJE DE SALUD PÚBLICA

Áreas Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	8	09	10	11
ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA	1 IPS impulsando la implementación de la estrategia de promoción IAMI y AIEPI local, comunitario y clínico en el municipio	N° de IPS impulsando la implementación de la estrategia IAMI y AIEPI en el municipio	1 IPS	1	1	1	1
	1 capacitación semestral para fortalecer a las entidades de salud a que ofrezcan atención de calidad a la infancia, capacitación y seguimiento a líderes y actores sociales en AIEPI comunitario con apoyo de la secretaría de salud del departamento	No. De capacitaciones	7 capacitaciones	1	2	2	2
	1 red social apoyando la promoción y garantía de los derechos a la protección de la salud infantil	No. De redes sociales conformadas	1 red social	0	1	0	0
	1 curso psicoprofiláctico anual (16 sesiones) para el proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido.	N° de cursos psicoprofilácticos	4 Cursos	1	1	1	1
ACCIONES DE INDUCCIÓN A LA DEMANDA A LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS EN SALUD Y DE ORIGEN LABORAL EN ÁMBITOS LABORALES.	1 unidad de sitio centinela implementado en IRA y EDA en menores de 5 años en coordinación de la secretaría de salud del departamento.	No. de unidades centinelas de I.R.A y EDA implementadas	1 Unidades centinelas de I.R.A implementadas	0	1	1	1
	10 unidades implementadas de UAIRACs (Unidades comunitarias de atención de las infecciones respiratorias) y UROC's (Unidad de rehidratación oral comunitarias existentes) comunitarias del municipio	No. De UAIRACs UROC's	10 unidades	5	10	10	10
	2 campañas anuales de lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y de alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos (2) años de vida	N° de campañas de lactancia materna y alimentación complementaria	7 campañas	1	2	2	2
VIGILANCIA EN SALUD Y GESTION DEL CONOCIMIENTO	4 Reportes anuales de seguimiento y notificación obligatoria en eventos de interés pública	N° de Reportes	14 reportes	2	4	4	4
ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA	4 jornadas de vacunación realizadas anualmente	No. De jornadas de vacunación	15 Jornadas de vacunación	3	4	4	4
	1 censo anual de canalización anual para el Programa PAI	No. Censo de canalización	4 censos de canalización	1	1	1	1
	4 monitoreos rápidos de cobertura de vacunación y Búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de inmunoprevenibles anuales en áreas programadas del municipio	No. Monitoreo rápido de coberturas	14 Monitoreos	2	4	4	4
	24 veredas visitadas para intensificación de vacunación en menores de 5 años anualmente posterior al ciclo de vacunación anual.	No. de veredas intensificadas con vacunación	24 veredas intensificadas con vacunación	24	24	24	24
VIGILANCIA EN SALUD Y GESTION DEL CONOCIMIENTO	El 90% de casos inmunoprevenibles reportados investigados y controlados por jornada de vacunación	N° de casos investigados/total de casos reportados	90%	45%	90%	90%	90%
	4 evaluaciones y controles (realizadas trimestralmente) de coberturas de acciones de protección específica y detección temprana que afectan el indicador de salud infantil a cargo de las EPS	N° de evaluaciones y controles	14 evaluaciones	2	4	4	4
	12 reportes de estadísticas vitales (mensualmente 1), a los entes competentes para optimizar la vigilancia y control del riesgo	N° de reportes de estadísticas	42 reportes	6	12	12	12



### 3.4.4 EJE DE EMERGENCIA Y DESASTRE

Áreas Subprogramática	Meta de producto Cuantitativa para el Cuatrienio (2008-2011)	Indicador Producto Cuatrienio		Indicador Producto Esperado por anualidad			
		Nombre Indicador	Valor esperado al 4 año	08	09	10	11
GESTIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS RIESGOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	2 actividades anuales de identificación de riesgos vulnerabilidad y amenaza en IPS - EPS	No actividades de identificación de riesgos de vulnerabilidad y amenazas en IPS, EPS	8	1	2	2	2
ACCIONES DE ARTICULACION INTERSECTORIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PLANES PREVENTIVOS DE MITIGACION Y SUPERACION DE LAS EMERGENCIAS Y DESASTRES	3 actividades anuales para articulación de Plan preventivo, mitigación y superación emergencias y desastres en el POT	No actividades de identificación de riesgos de vulnerabilidad y amenazas en IPS, EPS	10	1	3	3	3
FORTALECIMIENTO INTERSECTORIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PLANES PREVENTIVOS, MITIGACIÓN Y SUPERACIÓN EMERGENCIAS Y DESASTRES	1 Plan hospitalario anual de emergencias internas y externas plan local de emergencias (centro de salud CLOPAD)	No plan hospitalario de emergencias	4	1	1	1	1
LOGRAR LA CREACION Y FORTALECIMIENT EN LA RED DE URGENCIAS	2 actividades anuales de asesoria para los componentes de la red de urgencias (CRUE, ESE, Radio de comunicaciones, sistema de información, bomberos, Defensa Civil	No de actividades de asesoria y fortalecimiento a entes que conforman la red de apoyo	7	1	2	2	2



Tamara, Mayo 30 de 2008

DOCTORA

**CONSTANZA VEGA**

Asesora Plan de Salud Territorial

Secretaria de Salud Departamental

Municipio Tamara

**REF.:** Entrega del Informe Borrador de la Formulación del Plan Territorial en Salud para cumplir con lo estipulado

Me permito presentar informe borrador de la formulación del Plan Territorial en salud para cumplir con lo estipulado por el Ministerio de la Protección Social en la Resolución 0425 del 11 de Febrero de 2008 Por el cual se define la metodología para la elaboración , ejecución , seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Publica de intervenciones Colectivas conferidas en el Decreto Numero 3039 de 2007 .Ccon sus respectivos anexos, de la referencia para su estudio y evaluación.

En espera de poder apoyar su gestión y los proyectos desarrollados en favor de la población del Municipio, me suscribo de usted.

Atentamente,

Luis Alfonso Jiménez

**Secretario de desarrollo social**