

# PLAN TERRITORIAL DE SALUD



**BELALCAZAR 2008-2011**

# **PLAN TERRITORIAL DE SALUD**

**JAHIR DE JESUS ALVAREZ**

Alcalde

**CARLOS ARTURO HERNANDEZ A**

Secretario de integración social

**Belalcazar 2008-2011**

**PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA**  
**BELALCAZAR CALDAS 2007-2010**

**INTRODUCCIÓN**

Dando cumplimiento a la Ley 1122 y especialmente a su artículo 2º reglamentado parcialmente por el Decreto 3039 de agosto de 2007, por medio del cual se aprueba el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo 2007-2010. El municipio Belalcázar Caldas por intermedio de la Dirección Territorial de Salud de Caldas adopta y ajusta el Plan Nacional de Salud Pública que a partir de la fecha se denominará Plan Municipal de Salud Pública 2007-2010, elaborado con la participación de todos los actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además con amplia participación de la comunidad, que le sirve de indispensable aval al presente documento.

El Plan Municipal de Salud pública contiene cada uno de los programas y proyectos, con los cuales el sistema de salud municipal busca mejorar los indicadores de salud, a través de estrategias que permitan alcanzar las metas propuestas y contribuyan a mejorar las condiciones de calidad de vida de la población belalcazarita. De igual forma se busca articular un trabajo interinstitucional con cada uno de los actores del sistema, el cual permita hacer seguimiento a cada una de las acciones planteadas en sus proyectos, evaluar sus resultados y proponer planes de mejoramiento.

Con el propósito de dar cumplimiento a la Ley 1122 el presente documento deberá ser presentado al Consejo Territorial de Salud y posteriormente al Honorable Consejo Municipal, para que sea incluido en el Plan de Desarrollo que presentará la nueva administración municipal en el año 2008.

## **VISIÓN**

En el año 2011 el Municipio de Belalcázar garantizara la inclusión y continuidad de su población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante una adecuada red pública y la prestación de un servicio con calidad enmarcado en las políticas Nacionales, Departamentales y Municipales que buscan proteger la salud de la población, garantizar el logro de las metas de salud publica y la inversión de los recursos con eficiencia.

## **MISIÓN**

Garantizar el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud, los programas de promoción y prevención y los proyectos de desarrollo social para los habitantes del municipio de Belalcázar y en especial a la población más vulnerable, con el objeto de disminuir la prevalencia de las enfermedades prevenibles y mejorar las condiciones de calidad de vida.

## JUSTIFICACIÓN

La actual política de salud centrada en los conceptos de territorios saludables pretende generar una nueva cultura de la salud, donde se reconoce que la salud es el resultado de un desarrollo social más equitativo y del logro del bienestar individual y colectivo.

Para lograr este proceso se necesita crear nuevas estrategias que permitan lograr la meta de un municipio saludable, donde se involucren todos los actores que tienen que ver en el proceso, creándose compromisos institucionales que garanticen al ente territorial la asunción de sus nuevas competencias, la eficiencia en la inversión de los recursos y la satisfacción de las necesidades básicas de la población.

Con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, las Direcciones Territoriales de Salud y los municipios deben formular y aprobar el Plan de Salud que comprende las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, los programas de aseguramiento, prestación de los servicios de salud, promoción social, vigilancia y control de riesgos profesionales, en coherencia con el perfil epidemiológico.

Con base en lo anterior el municipio de Belalcázar ha estructurado e implementado el Plan municipal de Salud, el cual será incluido en el Plan de Desarrollo "Por un Belalcázar para Todos" en la vigencia 2008-2011.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Desarrollar la política pública de salud como elemento fundamental para mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población del municipio de Belalcázar, a través de la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan Municipal de Salud y acciones sectoriales e intersectoriales, con equidad, calidad, eficiencia y responsabilidad.

### **ESPECÍFICOS**

- Conocer la situación de salud del municipio a través de un diagnóstico, que permita ver aspectos generales, perfiles epidemiológico y la capacidad de la red pública para ofrecer los servicios de salud a la población.
- Definir los programas a seguir de acuerdo a las políticas en salud a nivel municipal, departamental y nacional.
- Buscar la participación comunitaria en la elaboración y control de programas en salud contemplados en el Plan Municipal de Salud.
- Establecer los programas de acuerdo a la problemática presentada y priorizarlos de acuerdo a los recursos programados.
- Establecer claramente los recursos para salud que llegan al municipio, definir su destinación y llevar un control de estos.

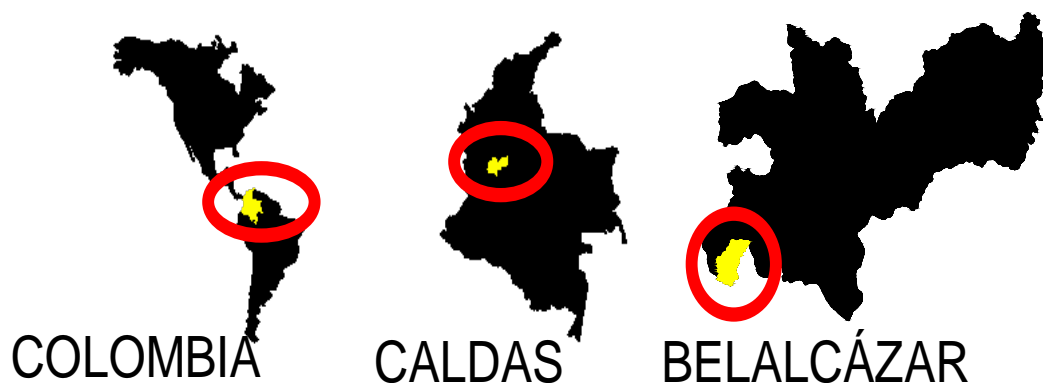
- Buscar la articulación de cada uno de los actores del sistema de Seguridad Social en Salud, mediante el desarrollo de procesos intersectoriales.

## CAPITULO I. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO

### 1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA:


Belalcázar forma parte del Territorio Nacional Colombiano, más precisamente del departamento de Caldas ubicado a su vez en la región conocida como Eje Cafetero (departamentos de *Caldas, Quindío y Risaralda*).

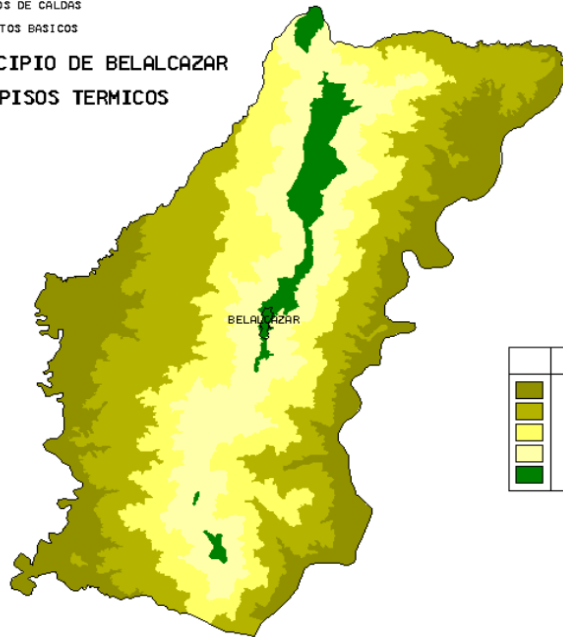
El municipio se encuentra ubicado en el sector sur occidental del departamento, sobre la cima de un ramal de la cordillera Occidental, entre la vertiente occidental del Río Cauca y la vertiente oriental del Río Risaralda








Coordenadas latitud Norte:	4° 59' 08"
Coordenadas longitud Oeste:	75° 48' 50"
Subregión:	Bajo occidente caldense
Extensión superficial Total:	11.398 Hectáreas
	Urbana: 0.2 Km. <sup>2</sup>
	Rural: 114.3 Km <sup>2</sup>
Altura Media sobre el Nivel del Mar:	Cabecera 1.632 m.s.n.m
	Rural: 1630 a 900 m.s.n.m.
Clima:	Húmedo y perhúmedo
Temperatura:	18°C - 24°C
Precipitaciones:	1000-3000 mm por año
Límites Norte:	Municipio de Risaralda y San José, Caldas
Sur:	Municipio La Virginia y Marsella, Risaralda
Oriente:	Municipio de Marsella, Risaralda y Chinchiná Caldas.
Occidente:	Municipio la Virginia, Risaralda. Viterbo y Risaralda Caldas.
Límites Naturales Este:	Río Cauca
Oeste:	Río Risaralda
Norte:	Quebradas El Guamo y la Habana
Sur:	El Cairo
Piso Térmico Cálido:	52.8% del área municipal
Piso Térmico Medio:	47.2% del área del municipio (Incluye la cabecera municipal)



COMITE DE CAFETEROS DE CALDAS  
 ESTUDIOS Y PROYECTOS BASICOS  
 **MUNICIPIO DE BELALCAZAR**  
**PISOS TERMICOS**



ALTURA	
	< 1000 m
	1000 - 1200 m
	1200 - 1400 m
	1400 - 1600 m
	> 1600 m

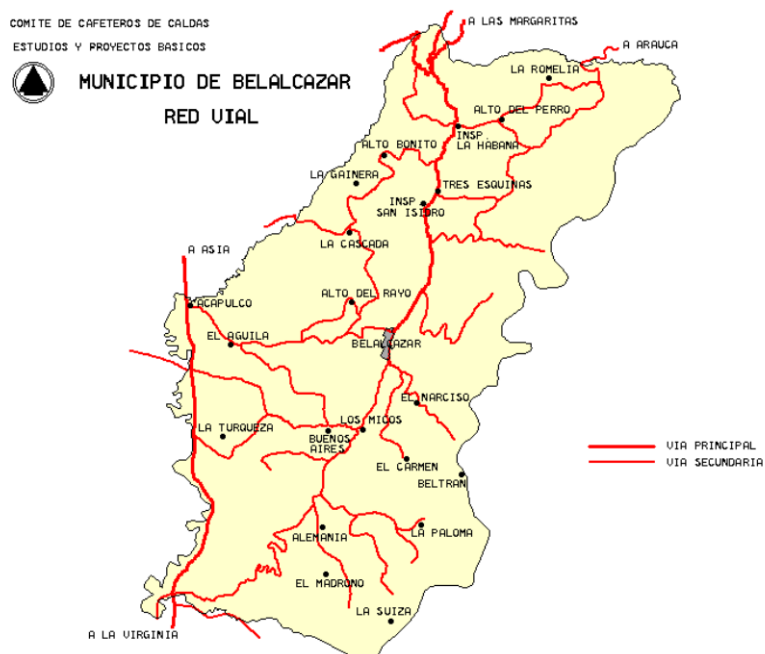


## 1.2. VÍAS DE COMUNICACIÓN:

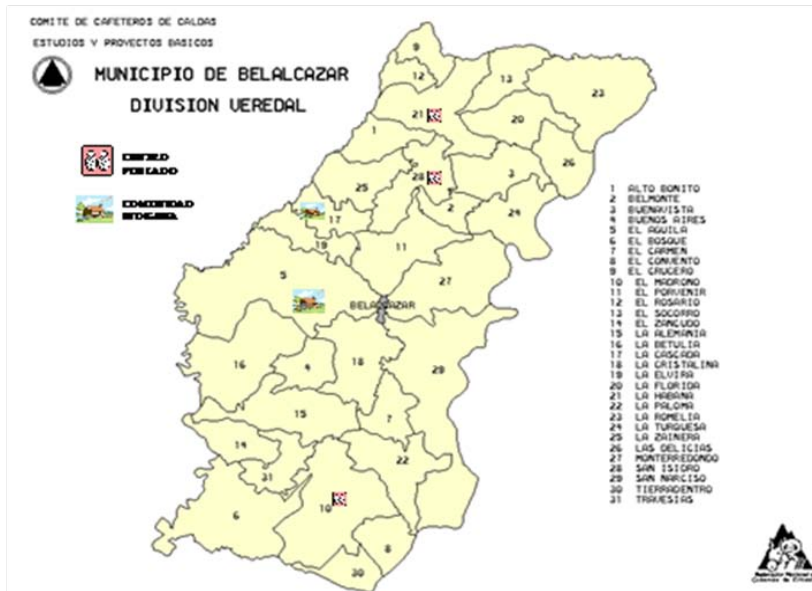
Tramo de la vía	Estado de la vía de acceso	Distancia (km.)	Características
Manizales-Tres puertas	Bueno	24	Asfaltada
Tres puertas-Santágueda	Bueno	12	Asfaltada
Santágueda- Cambia	Regular	12.6	Asfaltada
Cambia-El Crucero	Mala	10	Imprimada
El Crucero- Belalcázar	Bueno	8.4	Asfaltada

TOTAL		67	
-------	--	----	--

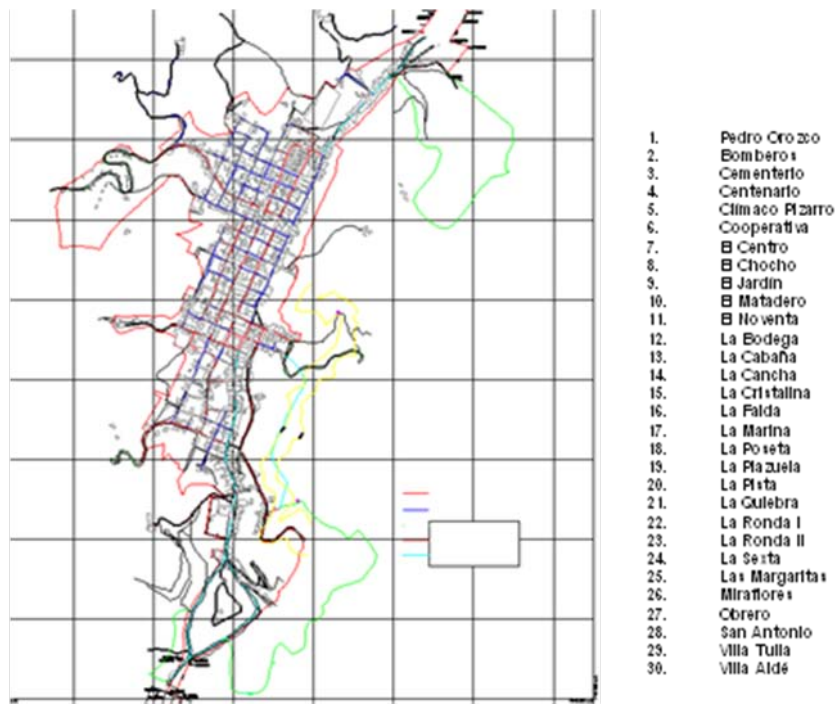
Localidad	Comunicación	Estado de la vía de acceso	Distancia (km.)	Condiciones topográficas	Tiempo normal de recorrido (horas)
Pereira	Terrestre	Bueno	45	Media	1
Manizales	Terrestre	Bueno	72	Media	1.5
Anserma	Terrestre	Bueno	37.5	Baja	1.2
San José	Terrestre	Bueno	9.7	Baja	0.33
Risaralda	Terrestre	Regular	21.7	Baja	0.83
Viterbo	Terrestre	Regular	23.7	Media	0.75



## DIVISIÓN VEREDAL BELALCAZAR



## DIVISIÓN CASCO URBANO



### 1.3. ECONOMÍA

La mayor parte de la actividad económica es estacionaria, porque la vocación del municipio es la agricultura con sistemas productivos asociados a la actividad cafetera y en menor proporción la ganadería.

El principal producto de Belalcázar es el café con 4.069 hectáreas sembradas en cafetales, que aparte de constituir la base de la economía, con 1.194 productores dan un gran realce al paisaje que se puede apreciar desde la cabecera. El beneficio del café se realiza desde las más avanzadas técnicas hasta la forma tradicional. En Belalcázar existen 3.960 cabezas de ganado, los bosques ocupan 156 hectáreas. La caña panelera posee 99 hectáreas, caña de azúcar 80 hectárea, cítricos 1.100 hectáreas, plátano 1.383 hectáreas, yuca 230 hectáreas, en cacao sembradas 250 hectáreas, los parques y jardines ocupan 11 hectáreas.

USO DEL SUELO	ÁREA TOTAL (Ha)
Construcciones, urbano, residencial	29.17
Construcciones, rural, Nucleado	0.52
Agrícola, perennes o semiperennes, café	1080.62
Agrícola, perennes o semiperennes, caña tecnificada	333.16
Agrícola, perennes o semiperennes, plátano	349.85
Agrícola, perennes o semiperennes, otros	14.74

Pastos, potreros, herbáceos	3698.16
Pastos, potreros, arbustivo	398.28
Pastos de corte	172.78
Bosques naturales, plantados, reforestación	195.03
Agroforestería, café, con sombrío	1280.07

Aunque en la mayoría de las tierras es necesaria la aplicación de fertilizantes, Belalcázar posee una gran variedad de cultivos de maíz, tomate, fríjol y frutales.

Belalcázar ofrece la oportunidad de disfrutar de la pesca en cualquiera de sus ríos (Cauca y Risaralda), actualmente se adelanta en el área rural un programa rural de piscicultura para dar mayor bienestar a la región. 575 estanques que producen 300 toneladas anualmente entre cachama y mojarra.

#### 1.4. INDICADORES ECONÓMICOS

Ingresos Municipales	Monto total \$ millones	
	2004	2005
Corrientes	2345	3944
Impuesto predial	277	250
Otros impuestos	40	510
Transferencias	2028	3184

No corrientes	885	522
Otros	885	522
<b>TOTAL</b>	<b>3230</b>	<b>4466</b>

Año	% NBI		% MISERIA	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
2002	30.1		8.4	
2003	62.2		12	
2004	23.4	44.9	4.2	11.5
2005	25.6	35.5	4.1	7.5

### 1.5. RECURSO HÍDRICO

El municipio de Belalcázar está constituido por varias fuentes hídricas importantes, entre las principales se tienen a los ríos Cauca y Risaralda, hacia los cuales confluye toda la red de drenaje del municipio. Otras fuentes hídricas importantes están representadas por las quebradas Los Tarros, El Cairo, El Guamo y la Habana.

La red hídrica superficial se ha clasificado de acuerdo a las cuencas regionales donde pertenecen, presentándose así, la vertiente oriental del Río Risaralda y La Occidental para el Río Cauca. Para las cuencas y microcuencas se ha realizado la clasificación para determinar el orden de los drenajes de acuerdo a la regla de Starhler.

Vertiente Oriental: Corresponde a una red de drenaje poco densa, homogénea, integrada, de hasta quinto orden, que desemboca en el río Cauca; es de patrón erosional, de tipo subparalelo a subdendrítico, con algunos trazos angulados con lo cual se determinan patrones de control estructural influenciados por la tectónica regional. Comprende las quebradas: La Habana, Madreseca, La Florida, Moravia, La Fea, La Turquesa, Monterredondo, Montevideo, La Pedregosa, Beltrán, La Fiera y Los Tarros, la más caudalosa entre ellas es la quebrada La Habana la cual determina el límite geográfico natural norte del Municipio.

Vertiente Occidental: Corresponde a una integración de drenajes de moderada densidad, que desemboca en el Río Risaralda, de patrón erosional, de tipo subdendrítico con control estructural.

Comprende las quebradas El Guamo, Morroñato, San Isidro, Charco Verde (en la cual desembocan las quebradas Zanjón Hondo, La Laguna y Canoas, de las cuales se surte el acueducto de la cabecera urbana), El Aguila, La Betulia, Cuba. El Zancudo, Calamar y El Cairo, entre otras. A esta vertiente pertenece la quebrada El Guamo que es la más caudalosa del municipio y marca el límite natural por el NW.

Belalcázar requiere del bombeo de recurso hídrico superficial para el abastecimiento de agua en la cabecera municipal, la cual se realiza desde dos puntos de captación localizados en las quebradas Zanjón Hondo y La Laguna. El agua es utilizada para actividades domésticas, distritos de riego, beneficio de café y actividades piscícolas.

Recurso Hídrico Subterráneo: En el área del municipio, las áreas que presentan un gran potencial hídrico subterráneo se asocian a las terrazas aluviales de los ríos Risaralda y Cauca, determinadas como posibles áreas de acuíferos confinados y semiconfinados. Este recurso es de excelente calidad físicoquímica y de regular a mala calidad bacteriológica. Las aguas son algo duras, bicarbonatadas de carácter cálcico-magnésico, con concentraciones medias de hierro en algunos sectores. Según el índice general de calidad de agua subterránea, para los acuíferos asociados al valle del río Risaralda, son de regular a buena calidad (58%) -CARDER, CORPOCALDAS, REPUBLICA CANADAM RECSULT, 1997.

Calidad del recurso hídrico superficial: La influencia humana sobre las microcuencas es muy alta, ya que la mayoría de las viviendas que se encuentran en sus vertientes, aunque dispersas, son numerosas, teniéndose como aporte contaminante principal las aguas residuales, provenientes tanto de las viviendas como los efluentes generados en el proceso de beneficio del café.

En la evaluación de las diferentes microcuencas (ver tabla 2 y mapa de microcuencas), se encontró que la mayoría de ellas no tienen coberturas adecuadas (multiestrato), y en lo referente a las franjas de protección, 30 m a ambos márgenes, éstas no se cumplen para la mayoría de las quebradas del área municipal, hallándose en igual condición los diferentes puntos de agua, nacimientos existentes, cuya margen de protección es de 100 m alrededor del punto de afloramiento.

En cuanto a otros aspectos importantes para determinar la calidad de los recursos hídricos, están las concentraciones de sólidos totales y sólidos disueltos, hallados en las mediciones realizadas por la oficina de saneamiento básico adscrita a la Secretaría de Salud del Municipio, donde se recoge que las concentraciones son muy altas, así mismo se reporta la *presencia de partículas suspendidas extrañas y sedimentadas en concentraciones altas*. Todo esto obliga a determinar las composiciones de estas partículas y a realizar tratamientos mínimamente bacteriológicos para darle condiciones de potabilidad para consumo humano, o en su defecto evaluar otras fuentes alternas con menores grados de potabilidad.

La mayoría de las muestras provienen de nacimientos, bocatomas y de las llaves de suministro utilizadas en las viviendas.

Los reportes evidencian los niveles altos de contaminación por coliformes, con concentraciones entre 50/100 ml. hasta 2400/100 ml, y positivas para coliformes fecales.

Por otro lado, se encuentra contaminación de las aguas superficiales por basuras tales como desechos sólidos tóxicos como envases de productos provenientes de químicos usados para control de broca, plagas, malezas, así como pilas, baterías, plástico, etc.

Adicionalmente, el lavado de suelos, cuyos reportes para Belalcázar son muy altos, con altas concentraciones de agroquímicos, está causando un acelerado proceso de degradación del recurso hídrico superficial existente.

Para citar un caso particular, es el presentado en la actualidad a nivel de contaminación por manejos inadecuados en la Quebrada Monterredondo, sobre la cual se alojaban los desechos sólidos (basuras) antes de que el municipio contratará con EMAS el manejo de residuos sólidos del área urbana y de los centros poblados, para el cual se debe implementar un plan de recuperación en el corto plazo.

## **1.6. COMUNIDAD INDÍGENA TOTUMAL:**

### **1.6.1. Antecedentes Históricos**

La comunidad indígena de Totumal, tiene sus raíces históricas en el grupo étnico EMBERA-CHAMÍ, cuyos primeros pobladores vinieron del municipio de Mistrató (Risaralda) animados por una mejor oferta a la mano de obra y buscando mejores condiciones de vida. Fue así como Juan Evangelista Sucre en compañía de su familia, de Valerio Arcila y Eugenio Guasarabe, arribaron en 1946 a la zona rural de Belalcázar, siendo contratados para recolectar caña en la finca Barcelona vereda de morro azul corregimiento de San José de Risaralda, lo que los llevó a construir dos tambos en el sitio denominado Buenos Aires.

Juan Evangelista, era considerado como un dios por la comunidad y a la vez el primer *JAIBANÁ.*, enfermo y en estado de convalecencia, la comunidad fue amenazada con ser



desterrada, pero por intervención del Dr. Fernando Botero ante en INCORA, el propietario de la finca se vió prácticamente obligado a cederles tres hectáreas de tierra en las cuales habitan desde 1956.

Tiempo después llegaron los indígenas Rogelio Niaza, Rubén Niaza, y Félix Dregama, procedentes de San Antonio del Chamí, presentándose enfrentamientos entre estos y los primeros pobladores por conflictos sociales y de poder entre los Jaibanás, con varios decesos de ambas partes. Dada la gravedad de los hechos que se estaban presentando, de común acuerdo fueron tomando conciencia del error que estaban cometiendo y tras varias conversaciones resolvieron dar por terminada la contienda y organizarse bajo Cabildo.

#### 1.6.2. Localización

Esta comunidad indígena, está asentada en las veredas El águila y La Cascada del Municipio de Belalcázar, en la vertiente oeste del valle del risaralda, a una altura de 1350 m.s.n.m.

El territorio ocupado tradicionalmente por el grupo étnico EMBERA-CHAMÍ, y donde se encuentra el principal asentamiento se ubica al margen izquierdo de la vía carretable que conduce de la cabecera municipal al balneario Acapulco, sobre la troncal de occidente. Limita al nororiente con la finca de propiedad del Sr. Martín Restrepo, al occidente con la vía que conduce a Belalcázar y al sur con los predios de la familia Trujillo.

Temperatura: 21°C

Piso térmico: Cálido

Uso actual y potencial del suelo: el suelo es explotado con plantaciones de café y plátano como primeros renglones productivos, presentándose cultivos esporádicos de maíz. Al encontrarse en un piso térmico: cálido, el suelo es potencialmente apto para el cultivo de cítricos.

### 1.6.3. Organización y participación comunitaria:

Conservan la estructura socio-política en forma de Cabildo. Al que le corresponde ejercer el Gobierno Interno del mismo y asumir funciones del orden administrativo, legislativo y jurisdiccional

El cabildo es elegido conforme a las costumbres y tradiciones culturales de la comunidad, mediante voto libre de los mayores de 18 años. Este se posesiona ante la comunidad y el cabildo saliente en presencia del Alcalde Municipal quien registra el acta de elección y posesiona legalmente al nuevo cabildo cuyo periodo de gobierno es de un año por regla general entre el 01 de enero y 31 de diciembre.

La estructura orgánica del cabildo está conformada por el Gobernador, Suplente Gobernador, Secretario, Tesorero, Fiscal, Asesor, Jefe de Alguaciles y Alguaciles, cada uno de ellos con funciones bien definidas.

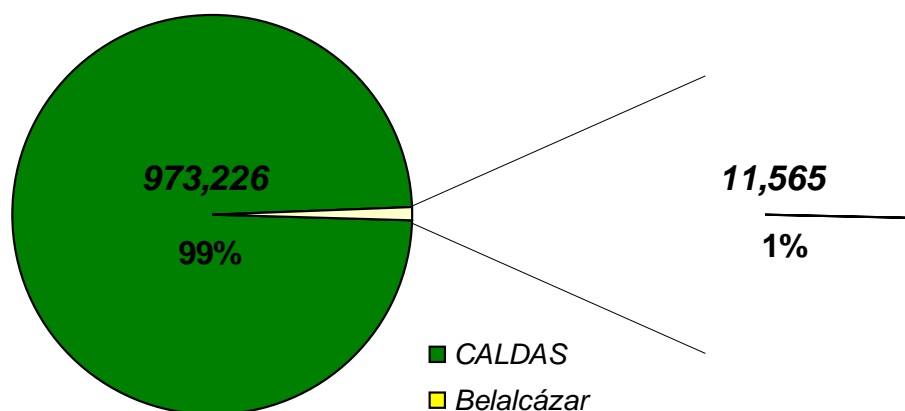
### 1.6.4. Demografía:

<b>Nombre Municipio</b>	<b>Población estimada* (A junio 30 de 2006) CABECER A</b>	<b>Población estimada* (A junio 30 de 2006) RESTO</b>	<b>Población estimada* (A junio 30 de 2006) TOTAL</b>
Manizales	355.910	26.758	382.668
Aguadas	10.302	13.724	24.026
Anserma	20.665	14.295	34.960
Aranzazu	7.080	5.640	12.720
Belalcázar	5.033	6.685	11.718

Chinchiná	45.640	8.119	53.759
Filadelfia	4.130	8.426	12.556
La Dorada	66.252	7.407	73.659
La Merced	2.212	4.356	6.568
Manzanares	9.834	15.107	24.941
Marmato	1.167	7.358	8.525
Marquetalia	5.898	8.931	14.829
Marulanda	1.122	2.331	3.453
Neira	14.097	14.014	28.111
Norcasia <sup>18</sup>	4.106	2.605	6.711
Pácora	6.477	8.430	14.907
Palestina	5.786	12.206	17.992
Pensilvania	8.082	18.320	26.402
Riosucio	16.536	38.244	54.780
Risaralda	4.246	6.273	10.519
Salamina	11.964	7.993	19.957
Samaná	4.986	20.449	25.435
San Jose <sup>19</sup>	1.564	6.016	7.580
Supía	11.967	12.923	24.890
Victoria	3.730	5.337	9.067
Villamaría	37.573	9.605	47.178
Viterbo	10.650	2.427	13.077
<b>TOTAL</b>	<b>677.009</b>	<b>293.979</b>	<b>970.988</b>

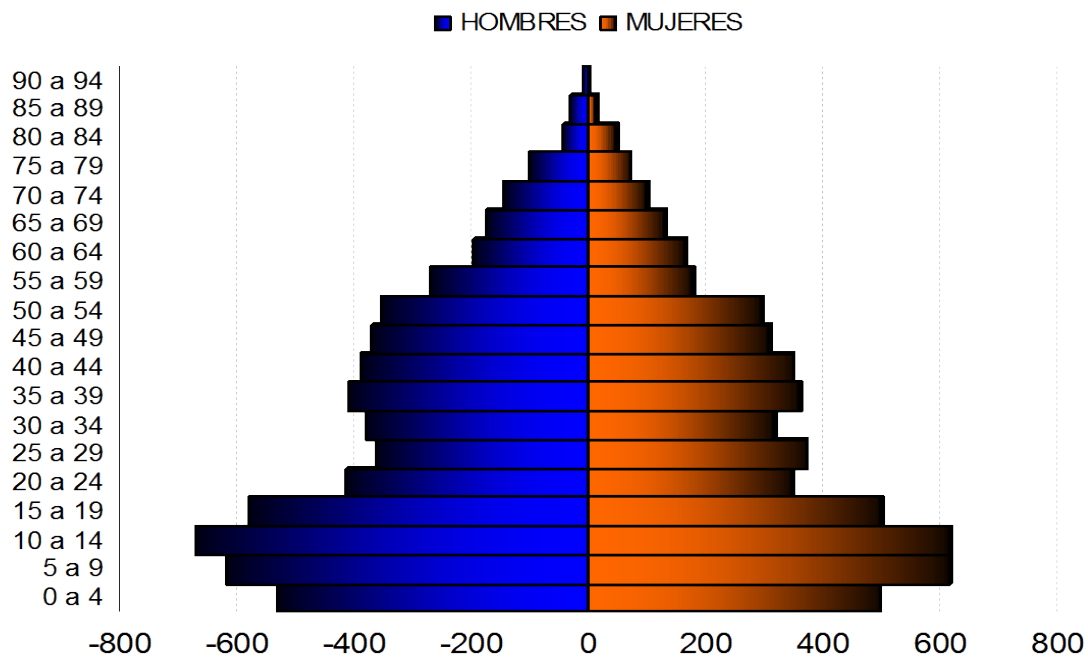
\* Población Estimada (A  
Junio 30 de2007)

**Proporción Población Caldas-Belalcazar  
Estimado DANE 2007**



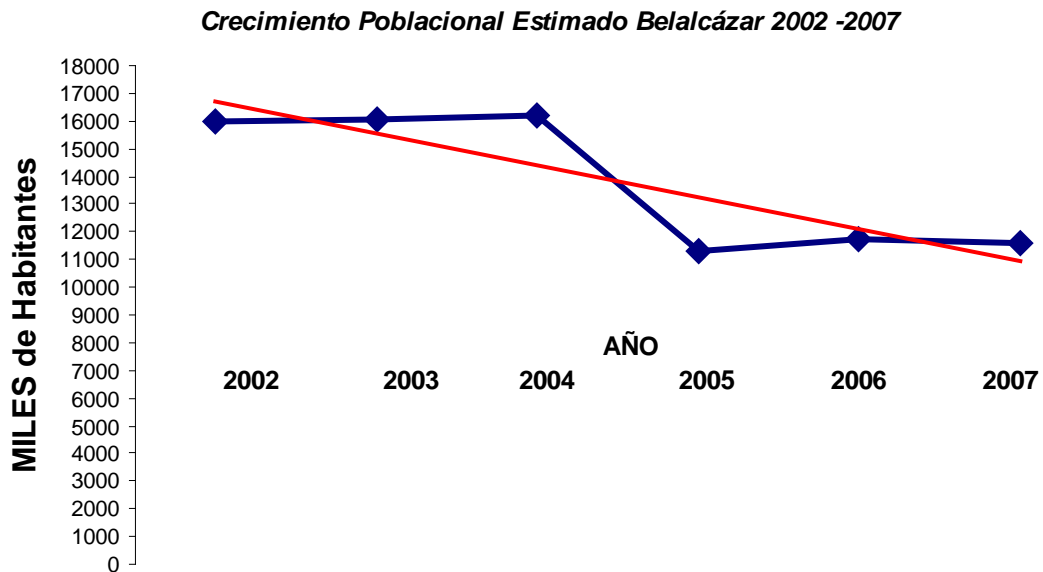
<b>POBLACIÓN TOTAL BELALCAZAR</b>						
<b>GRUPO</b>	<b>DANE 2005</b>		<b>SISBEN 2006</b>		<b>SISBEN 2007</b>	
	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
0 a 4	530	500	780	749	763	737
5 a 9	616	619	670	631	667	643
10 a 14	667	621	707	640	697	603
15 a 19	577	503	601	544	633	572
20 a 24	412	350	467	491	465	497
25 a 29	357	374	382	393	378	390
30 a 34	375	320	404	376	398	371

<b>35 a</b>						
<b>39</b>	<b>405</b>	<b>364</b>	<b>375</b>	<b>407</b>	<b>368</b>	<b>401</b>
<b>40 a</b>						
<b>44</b>	<b>387</b>	<b>352</b>	<b>415</b>	<b>357</b>	<b>409</b>	<b>356</b>
<b>45 a</b>						
<b>49</b>	<b>367</b>	<b>310</b>	<b>378</b>	<b>322</b>	<b>380</b>	<b>322</b>
<b>50 a</b>						
<b>54</b>	<b>351</b>	<b>297</b>	<b>310</b>	<b>253</b>	<b>314</b>	<b>245</b>
<b>55 a</b>						
<b>59</b>	<b>267</b>	<b>179</b>	<b>244</b>	<b>167</b>	<b>248</b>	<b>167</b>
<b>60 a</b>						
<b>64</b>	<b>192</b>	<b>167</b>	<b>188</b>	<b>174</b>	<b>183</b>	<b>173</b>
<b>65 a</b>						
<b>69</b>	<b>173</b>	<b>133</b>	<b>154</b>	<b>13</b>	<b>150</b>	<b>123</b>
<b>70 a</b>						
<b>74</b>	<b>141</b>	<b>104</b>	<b>140</b>	<b>95</b>	<b>137</b>	<b>90</b>
<b>75 a</b>						
<b>79</b>	<b>97</b>	<b>74</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<b>72</b>	<b>71</b>
<b>80 a</b>						
<b>84</b>	<b>41</b>	<b>50</b>	<b>46</b>	<b>37</b>	<b>43</b>	<b>35</b>
<b>85 a</b>						
<b>89</b>	<b>29</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>12</b>
<b>90 a</b>						
<b>94</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5991</b>	<b>5336</b>	<b>6359</b>	<b>5739</b>	<b>6325</b>	<b>5810</b>

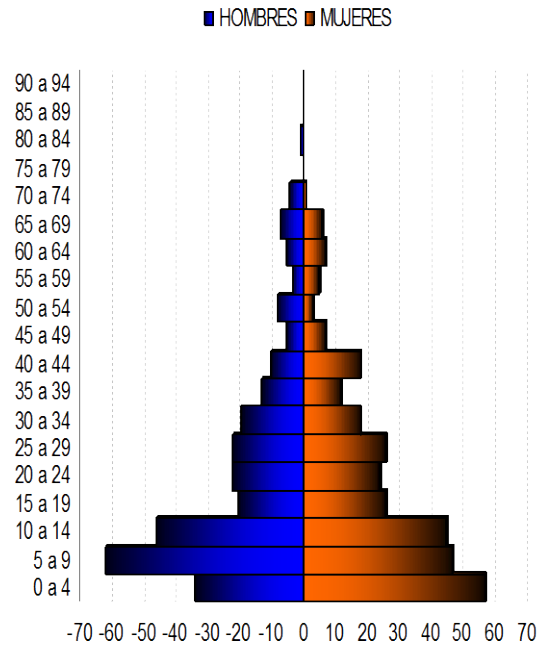


<b>Población censada Belcazar grupos extremos por área y género</b>												
<b>TOTALES</b>												
<b>CABECER</b>												
<b>A RURAL</b>												
	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M
<b>&lt;15</b>												
Años	3553	1813	1740	3553	1813	1740	1480	746	734	2073	1067	1006
<b>&gt;60</b>												
Años	1227	680	547	1203	666	537	546	257	289	657	409	248
<b>Suma</b>	<b>4780</b>	<b>2493</b>	<b>2287</b>	<b>4756</b>	<b>2479</b>	<b>2277</b>	<b>2026</b>	<b>1003</b>	<b>1023</b>	<b>2730</b>	<b>1476</b>	<b>1254</b>

<b>Crecimiento Poblacional</b>		
<b>Estimación DANE</b>		
	<b>POBLACION</b>	<b>%</b>
	15981	0
	16092	111
	16201	109
	11327	-4874
	11718	391
	11565	-153
* Valor estimado		
		<b>-26,6</b>
		<b>INDICE</b>
		<b>-5,31</b>



<b>POBLACION INDIGENA 2007</b>		
<b>GRUPO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
0 a 4	34	57
5 a 9	62	47
10 a 14	46	45
15 a 19	20	26
20 a 24	22	24
25 a 29	22	26
30 a 34	19	18
35 a 39	13	12
40 a 44	10	18
45 a 49	5	7
50 a 54	8	3
55 a 59	3	5
60 a 64	5	7
65 a 69	7	6
70 a 74	4	1
75 a 79	0	0
80 a 84	1	0
85 a 89	0	0
90 a 94	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>583</b>





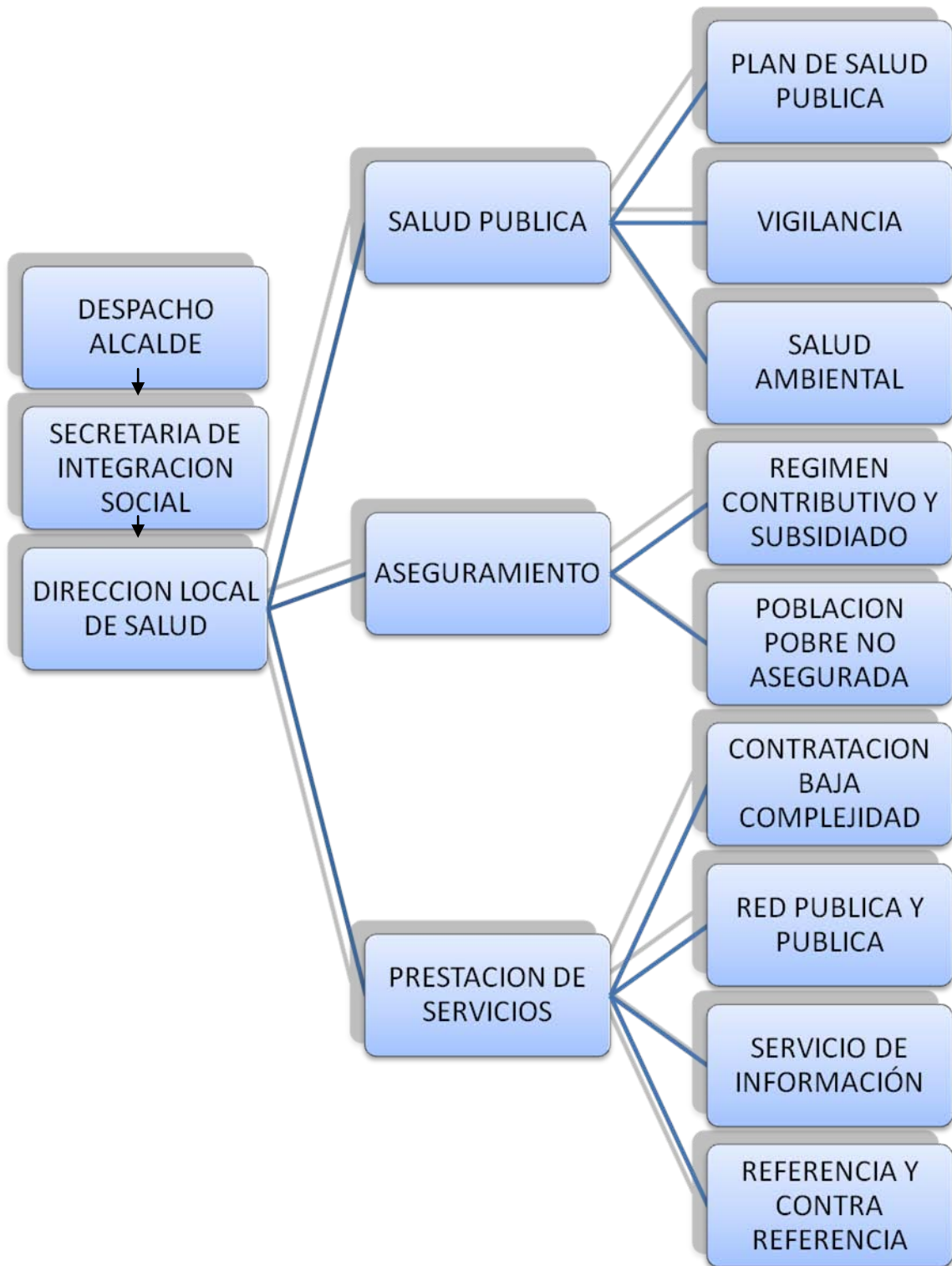
<b>Población Indígena Estimada Belalcazar 2003- 2007</b>			
<b>AÑO</b>	<b>POBLACION</b>		<b>%</b>
<b>2003*</b>	522		0
<b>2004*</b>	594	72	13,8
<b>2005*</b>	584	-10	-1,7
<b>2006*</b>	593	9	1,5
<b>2007**</b>	583	-10	-1,7

* Valor estimado		12,0
** Censo PVSP 2007	<b>INDICE</b>	<b>2,4</b>

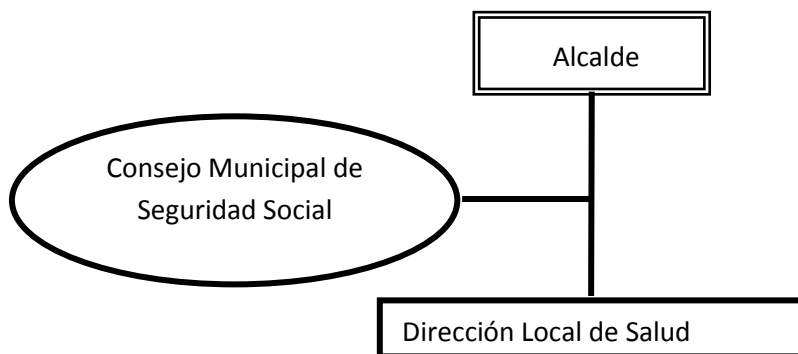
## **CAPITULO II. DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL**

Mediante el Acuerdo No 008 del 7 de marzo de 1997 se crea dentro de la estructura organizacional de la Alcaldía la Secretaría de Salud, la cual comienza a desarrollar funciones de acuerdo al nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud. En Septiembre de 1998 se modificó la anterior estructura y se actualizaron y ajustaron sus funciones, para adaptarla a las exigencias del municipio. Posteriormente mediante la Resolución No 00348 del 19 de febrero de 1999 el municipio es certificado como Descentralizado en Salud. Esta estructura permanece hasta el 2004, año en el cual se crea la Secretaria de Integración Social de la cual forma parte la Dirección Local de Salud. Esta estructura permanece hasta la fecha.

El siguiente es el organigrama funcional para el Sector Salud en el municipio:



De acuerdo con la anterior estructura orgánica el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud forma parte activa en la planeación, seguimiento, evaluación y control de la política pública municipal.



Con la anterior estructura, la Dirección Local de Salud de Belalcázar debe cumplir las siguientes funciones:

- Supervisar y coordinar la prestación del servicio de salud en el municipio con estándares de calidad.
- Programar la distribución de los recursos recaudados para el sector salud.
- Contribuir a la formulación y adopción de los planes, programas y proyectos del sector salud en el municipio, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales y departamentales.
- Estimular la participación comunitaria en los términos señalados por la ley.
- Aplicar y adaptar las normas para organizar los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, definidos por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Territorial de Salud de Caldas.
- Cumplir y hacer cumplir en el municipio, las políticas y normas trazadas por el Ministerio de la Protección Social.
- Ejercer las funciones que sean delegadas por el Ministerio de la Protección Social o la Dirección Territorial de Salud de Caldas y que sean competencias del Municipio.

- Administrar el Fondo Local de Salud, en coordinación con la Secretaria de Hacienda Municipal y asignar sus recursos en atención a la cantidad, calidad y costos de los servicios programados.
- Diagnosticar y pronosticar el estado de salud – enfermedad, estableciendo los factores que determinan las patologías en el municipio y elaborar el Plan Municipal de Salud, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y el Perfil Epidemiológico, efectuando el seguimiento y evaluación con la participación comunitaria.
- Administrar los recursos del Régimen Subsidiado y focalizar las personas más vulnerables.
- Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud y las entidades administradoras del sistema en el municipio.

## **CAPITULO III: ALCANCES**

En desarrollo de las competencias desarrolladas en la Constitución Política, la Ley 9ª de 1979, Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Decreto 3039 de 2007, el Plan Territorial de Salud Pública a cargo de las Direcciones Territorial de Salud, comprenderá las acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud POS del régimen contributivo y del Régimen Subsidiado y de riesgos profesionales. El presente plan se formula en coherencia con el perfil epidemiológico de municipio de Belalcázar. Además se adoptará el sistema de resultados para realizar los correctivos pertinentes que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social. Los municipios pertenecientes al Departamento de Caldas, con la asesoría de los funcionarios de la Dirección Territorial de Salud, deberán elaborar sus respectivos planes locales de salud pública, en concordancia con las directrices que para el efecto expida la Dirección Territorial de Salud, a su vez deberán ser incluidos en los planes de desarrollos locales para hacer aprobados por el Consejo Territorial de Salud y el Honorable Consejo Municipal.

### **3.1. PROPÓSITOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA**

Son propósitos del Plan Territorial de Salud Pública los siguientes:

1. Mejorar el estado de salud de la población del municipio Belalcazar.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento de nuestra población y la transición demográfica.
4. Disminuir la inequidades en salud pública de la población caldense.

### **3.2. ENFOQUES**

### 3.2.1. Enfoque Poblacional

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

### 3.2.2. Enfoque Determinantes

Los determinantes son un conjunto de factores que inciden en forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. El enfoque determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: Ambientales, del comportamiento humano, de la herencia de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables.

### 3.2.3. Enfoque de Gestión Social de Riesgo

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

## 3.3. PRINCIPIOS

- ❖ Universalidad
- ❖ Equidad

- ❖ Calidad
- ❖ Eficiencia
- ❖ Responsabilidad
- ❖ Respeto por la diversidad cultural y étnica
- ❖ Participación Social
- ❖ Intersectorialidad



## **CAPITULO IV: LÍNEAS DE POLÍTICA**

El municipio de Belalcazar como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas en mejorar las condiciones de salud en la población del municipio belalcazar, define las siguientes líneas para el desarrollo de la Política en Salud:

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

Estas líneas de políticas exigen una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre el Departamento, municipios, entidades promotoras de Salud - EPS (contributivo y subsidiados), administradoras de riesgos profesionales, prestadores de servicios de salud IPS, sociedad civil organizada, sociedades científicas, instituciones formadoras del talento humano en salud y entidades de cooperación técnica internacional.

### **LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA**

La promoción de la salud y la calidad de vida, constituyen un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

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.

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

### **A cargo del Municipio de Belalcazar Caldas**

- a. Adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y la calidad de vida y prevención de los riesgos.
- b. Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud.
- c. Formulación, adopción y evaluación de políticas para mejorar la participación social y comunitaria en salud.
- d. Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y la calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables.
- e. Formulación, adopción y evaluación de políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

### **LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 2. PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS**

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

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

**A cargo del Municipio Belalcázar:**

- a. Formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, consumo del comportamiento, del medio ambiente, laboral, sanitario y fitosanitarios.
- b. Seguimiento y evaluación de las acciones de prevención específica y detección temprana del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- c. Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia.
- d. Adopción del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.
- e. Desarrollo, seguimiento y evaluación de las intervenciones preventivas de tipo colectivo que afectan las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.
- f. Formulación, desarrollo y evaluación de planes preventivos en lo relativo a la salud, frente a las emergencias y desastres en salud, en su jurisdicción.
- g. Definición, desarrollo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los servicios preventivos en salud ocupacional y laboral, en su jurisdicción.
- h. Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de prevención de los riesgos que afectan la salud, en su jurisdicción.

**LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 3. RECUPERACIÓN Y SUPERACIÓN DE LOS DAÑOS DE SALUD.**

Es el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado, que busca recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y las poblaciones, mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y a los programas y redes de protección social, involucra acciones de prevención secundaria y terciaria que se realizan en todos los niveles de atención y grados de complejidad con el objeto de detener o

reducir el daño que pueda producir la enfermedad ya presente, el establecimiento de la cronicidad, sus recidivas o sus secuelas.

**A cargo del Municipio Belalcázar:**

- a) Seguimiento y evaluación de las acciones de detección temprana y atención en salud del Plan Obligatorio de Salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado, en su jurisdicción.
- b) Prestación de servicios de salud a la pobre, no asegurada, en lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud – POS del régimen contributivo.
- c) Difusión y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas y guías de atención integral basadas en la evidencia para estandarizar los procesos de atención en el plan obligatorio de salud – POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
- d) Desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, en sus competencias.
- e) Desarrollo de acciones de coordinación y articulación intra y extrasectorial para la formulación y ejecución de las estrategias de recuperación y superación de los daños en la salud, en su jurisdicción.
- f) Desarrollo de las redes de urgencias y de los sistemas de referencia y contrarreferencia, en su jurisdicción.
- g) Vigilancia y fomento del desarrollo de servicios diferenciales por ciclo vital para la atención y rehabilitación de las discapacidades.
- h) Fomento de la telemedicina.

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

Es el conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos.

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

## **Vigilancia en Salud Pública**

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

## **Vigilancia en salud en el entorno laboral**

La vigilancia en salud en el entorno laboral vigila los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social.

## **Vigilancia sanitaria**

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

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

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

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

**A cargo del Municipio de Belalcázar:**

- a. Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción.
- b. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en su jurisdicción.
- c. Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción.
- d. Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción.
- e. Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción.
- f. Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción.

**LÍNEA DE POLÍTICA NUMERO 5. GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.**

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

Esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios

para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

## **ESTRATEGIAS PARA LA GESTIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO OPERATIVO Y FUNCIONAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

### **A cargo del Municipio de Belalcázar:**

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

## CAPITULO V. EJES PROGRAMÁTICOS

### 5.1. EJE PROGRAMÁTICO DE ASEGURAMIENTO

La asignación de subsidios constituye una herramienta de política pública que los gobiernos pueden utilizar para mejorar la equidad en los distintos sectores responsables del desarrollo social, entre ellos la salud. El uso acertado de ésta permite optimizar la asignación de recursos escasos para lograr mayores beneficios posibles. De esta manera, el logro de mayor equidad se constituye en la posibilidad real que todo ciudadano tiene de ejercer su derecho a la salud.

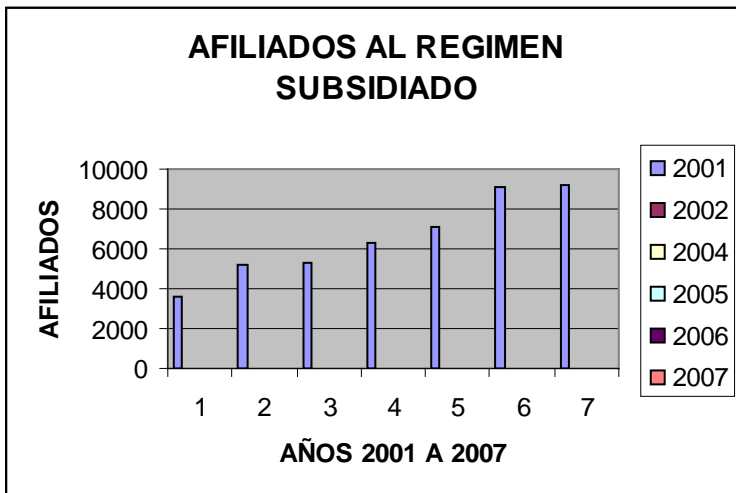
El uso adecuado de esta herramienta permite que el Gobierno destine los subsidios para la salud a los grupos de la población más necesitados o más vulnerables.

En tal sentido, la posibilidad de identificar adecuadamente a la población destinataria de los subsidios es una condición esencial, no sólo para la asignación adecuada de los recursos sino para el mejoramiento de las situaciones de inequidad existentes, para darle cumplimiento a este mandato Constitucional, los municipios deberán adoptar mediante el Plan de Salud Territorial el Eje Programático de Aseguramiento que incluye las siguientes áreas subprogramáticas de gestión:

#### 5.1.1 Promoción de la Afiliación al S.G.S.S.S.

El Municipio de Belalcázar debe promover dentro de sus habitantes identificados como grupos vulnerables la identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que forma parte de la estrategia de mejoramiento de la gestión territorial del Régimen Subsidiado de Salud. En tal sentido se establecen como estrategias de divulgación las Audiencias Públicas sectoriales, las reuniones con representantes de la Comunidad (Juntas de Acción comunal, Asociaciones de usuarios, Agremiaciones, otros), constante información por cartelera y volantes, al igual que los medios de comunicación disponibles.





AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO	
2001	3563
2002	5164
2003	5324
2004	6283
2005	7065
2006	9129
2007	9164

### 5.1.2. Identificación y Priorización de la Población a Afiliar

En Colombia, la Constitución Nacional de 1991 dentro del ámbito de Estado social de Derecho establece la necesidad de focalizar o dirigir el gasto social a la población más pobre y vulnerable por parte del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y locales. Para cumplir con este mandato, los responsables de la administración pública deben contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen una total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales.

En 1993 se expidió la Ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual se dispuso la creación de un régimen subsidiado de salud destinado a garantizar el acceso de las personas sin capacidad de pago (pobres y vulnerables) a los servicios de salud. Para ello, se especifica en la ley que el gobierno escogerá las herramientas apropiadas para asignar dichos subsidios.

De igual forma, en el artículo 176 de dicha ley (de las funciones de la Dirección seccional, distrital y municipal del sistema de salud) se ordena a los entes territoriales "Preparar para consideración del Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y

metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha”.

Con la expedición de la Ley 60 de 1993 se establece claramente que el gobierno contará con un mecanismo de focalización de los servicios sociales.

El artículo 30 de la Ley 60 de 1993 define la focalización de subsidios como “el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el CONPES social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales”. “los beneficiarios del gasto social se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica”.

Para la identificación de hogares, familias o individuos pobres, de acuerdo con esta resolución, se adoptó a partir de enero de 1995, el modelo de ficha de clasificación socioeconómica conocido como SISBEN. Esta ficha se utiliza para la selección de beneficiarios del régimen subsidiado de seguridad social en salud, como lo estableció el Acuerdo 23 de diciembre de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para la identificación de beneficiarios de programas especiales de auxilios a ancianos indigentes a los que se refiere el artículo 257 de la Ley 100 de 1993; y en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda.

En 1997 se expidió el CONPES social 040, mediante el cual se recomienda mantener los criterios de focalización y realizar una evaluación del impacto social de la política, mediante la realización de la Encuesta de calidad de vida.

En el 2001 se expidió la Ley 715, que reforma la Ley 60 de 1993, y en ella se reafirma la focalización como herramienta de asignación de subsidios para la inversión social.

La evaluación del SISBEN propuesta en el CONPES 40 de 1997 y realizada por la Misión Social del DNP y el Ministerio de Salud en el 2000 y 2001 “Evaluación Integral del SISBEN”, para validar o redefinir los criterios del instrumento, señaló como problemas la posibilidad de manipulación del instrumento por parte de los actores involucrados, deficiencias en la captura de información, debilidades en el índice SISBEN para discriminar pobreza,

filtraciones de carácter político en la escogencia de potenciales beneficiarios para programas sociales, mecanismos poco eficaces de control y vigilancia, y debilidad del control social. De acuerdo con lo anterior, el CONPES social expidió el documento 055 de 2001, el cual aprobó la reforma al sistema de focalización individual del gasto social.

En síntesis, la focalización se convierte en una herramienta de gestión de la política pública destinada a generar mayor equidad en la distribución de los beneficios de la inversión social. En tal sentido el proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud es el mecanismo mediante el cual se logra que las personas pobres y vulnerables accedan a los servicios de salud y ejerzan su ciudadanía en el marco del Estado social de Derecho.

A junio de 1997 el SISBEN se había realizado en 98% de los municipios del país y había cubierto 6.200.000 personas en las zonas urbanas y 6.500.000 en las rurales, el Municipio de Belalcázar adoptó el SISBEN como herramienta de focalización desde sus inicios con barrido total por ser población menor a 20.000 habitantes.

Identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud es el proceso mediante el cual las personas pobres y vulnerables, en el municipio de Belalcázar, logran ser habilitadas para recibir los beneficios de los subsidios de salud.

Decir que el ciudadano queda habilitado para recibir los subsidios de salud significa que ha sido adecuadamente identificado en su condición de persona que pertenece a un hogar en condiciones de pobreza y marginalidad que le impide proveerse los servicios de salud. Este proceso implica entonces que el ciudadano adquiere el derecho a ser incorporado a la población afiliada al régimen subsidiado de salud, siempre y cuando existan los recursos para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De los listados SISBEN y los listados censales elaborados por los responsables de los mismos y administrados por la Secretaría de Integración Social, se filtra la población pobre no asegurada con derecho a subsidios de salud y se publica cada año el listado de Potenciales Beneficiarios del Régimen Subsidiado para las ampliaciones de cobertura y los

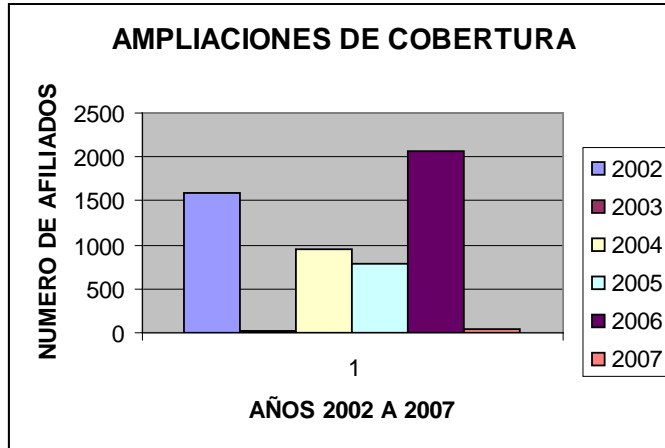
reemplazos de novedades, en cumplimiento e los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social. Estos listados se encuentran para consulta en la Cartelera municipal o para consultas digitales en Software diseñado para tal fin.

### 5.1.3. Gestión y Utilización Eficiente de los Cupos del Régimen Subsidiado

El proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado de salud se inicia a partir de la sistematización de los resultados de la aplicación del nuevo SISBEN y la disponibilidad de tal información por parte de la Dirección Local de Salud. Además, se debe contar con la información recibida de parte de las instituciones responsables, de los listados de personas identificadas con criterios “no SISBEN” o listados censales (indígenas, adultos mayores institucionalizados, indigentes, población migratoria, desplazados).

El proceso continúa con la implementación de los subprocesos de integración y depuración de la base de datos, elaboración de la base de datos inicial de priorizados y de actualización periódica de la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud con el Software Sistema Integrado de aseguramiento adquirido para tal fin.

El producto final del proceso es la disponibilidad, por parte de las EPS-S del régimen subsidiado, de la base de datos de los potenciales beneficiarios priorizados, para que se inicie el proceso de afiliación.



5.1.4. Adecuación Tecnológica y Recurso Humano para la Administración de la Afiliación en el Municipio de Belalcázar.

Para que el municipio cuente con una información confiable para la canalización del subsidio de salud, debe contar con un Coordinador del Área de Aseguramiento que administre y consolide las bases de datos y un Software que permita entre otras:

- \* Integración y depuración de la base de datos de potenciales beneficiarios. Tiene por objeto consolidar en un solo archivo magnético la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en salud.
  
- \* Elaboración de base de datos inicial de priorizados. Tiene por objeto aplicar los criterios de priorización definidos en las normas, para que las personas en situación de mayor pobreza y/o vulnerabilidad queden habilitadas para recibir los subsidios de salud, de acuerdo con la disponibilidad de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  
- \* Actualización periódica de la base de datos de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud.

\* Mantenimiento y Depuración de una base de datos confiable la cual pueda consultarse, y cargarse en el validador departamental y en el FOSYGA.

\* Disponer de la Base de datos disponible para ser entregada a la Empresas Promotoras de Salud, para que estas a su vez carneticen y entreguen sus bases de datos a la red contratada.

#### 5.1.5. Proceso de Afiliación al Régimen Subsidiado de los Potenciales Beneficiarios

Reconocer a los ciudadanos belalcazaritas que cumplen con los requisitos de ley para ser beneficiarios el derecho al Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado en Salud, el cual se opera mediante el contrato de aseguramiento en salud entre el ente territorial y su EPS-S, escogida libremente.

El aseguramiento en salud, dentro del marco de la protección social, es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos, a través de un plan de beneficios, que se encuentra financiado por una unidad de pago por capitación (UPC) reconocido por el Estado.

El plan de beneficios es la cobertura expresada como el conjunto de prestaciones, servicios y/o reconocimientos a que tienen derecho los afiliados y beneficiarios y que tienden a cubrir los riesgos en salud, de acuerdo con el grupo objeto de cada plan. El plan de beneficios deberá ser integral y permitir la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras, desde la promoción hasta la rehabilitación.

La afiliación permite al beneficiario potencial pobre y vulnerable, focalizado a través de los instrumentos definidos por ley, acceder a la seguridad social en salud y de esta manera manejar el riesgo en salud a través de una administradora del régimen subsidiado (EPS-S).

La afiliación de beneficiarios es el proceso por el cual el potencial beneficiario priorizado elige libremente la Empresa Promotora de Salud Subsidiada de su preferencia, o se

traslada de EPS-S también libremente o de manera excepcional.

Es de anotar que aunque el proceso se ha centrado en el desarrollo de la libre elección de EPS-S, ya sea en la operación normal o en el traslado, sólo y exclusivamente en situaciones excepcionales descritas en el acuerdo 244 del CNSSS de 2003, la entidad territorial del orden municipal podrá temporalmente “asignar” la EPS-S.

La afiliación de beneficiarios le permite al ciudadano acceder efectivamente a la prestación de los servicios de salud, para ello el municipio conforma las Bases de Datos depurada de los potenciales beneficiarios priorizados del régimen subsidiado.

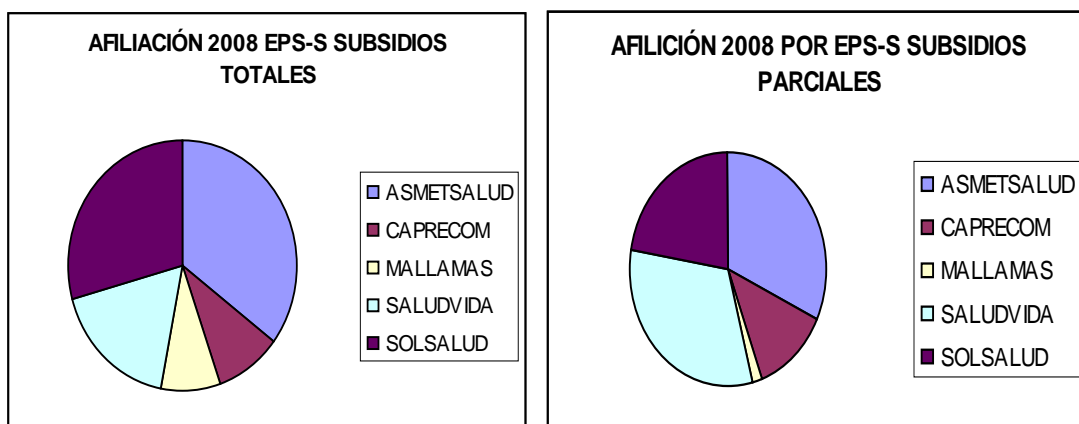
Por otro lado, es de anotar que se legaliza y se hace efectiva la afiliación, cuando se incorporan estas personas en un contrato con una EPS-S autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en el municipio, las EPS-S autorizadas en Belalcázar son ASMETSALUD, CAPRECOM, MALLAMAS, SALUDVIDA Y SOLSALUD.

A continuación se describen los seis subprocesos que conforman y garantizan el proceso de afiliación:

- Selección e inscripción de Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado, cuyo objetivo es seleccionar, inscribir y calificar a las EPS-S autorizadas y habilitadas en el municipio, que permitan al potencial beneficiario elegirla como su EPS-S.
- Planeación y promoción de la libre elección, que permite definir y divulgar el proceso para la libre elección de EPS-S y disponer de los recursos necesarios para su ejecución, el cual ha sido realizado mediante Audiencias Públicas.
- Libre elección, que garantiza que el potencial beneficiario priorizado escoja libremente la EPS-S de su preferencia, mediante un acto público transparente.
- Traslados de una administradora del régimen subsidiado a otra; en igual forma se debe garantizar el efectivo traslado de los afiliados al régimen subsidiado que así lo soliciten, si

tienen derecho según la normatividad vigente.

- Excepcionalidades para la afiliación, que garantiza la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado en circunstancias excepcionales, ya sea por retiro o suspensión de una o más administradora del régimen subsidiado en el municipio.
- Conformación de bases de datos de afiliados para contratación, que valida la base de datos de afiliados por EPS-S y por contrato, como insumo del proceso de contratación que legaliza y hace efectiva la afiliación.



#### 5.1.6. Celebración de los Contratos de Aseguramiento

La contratación de Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-S) tiene el objetivo social de materializar la garantía de prestación de servicios de salud para la población pobre y vulnerable, delegando en un tercer actor del sistema de salud la administración del riesgo en salud de los afiliados pobres y la organización de la prestación de los servicios de salud para este grupo poblacional.

En consecuencia, este trascendental proceso comprende múltiples procedimientos y actividades interrelacionadas, las cuales incluyen, al iniciar la suscripción de contratos, la verificación del cumplimiento de requisitos de contratación de las EPS-S, el seguimiento



del cumplimiento de las obligaciones contractuales, la certificación de pagos y la liquidación de contratos con las EPS-S.

La contratación es el proceso en el que se formaliza y se da seguimiento a los compromisos y en general a la relación contractual entre el ente territorial y las EPS-S previa realización del proceso de afiliación.

Este proceso y/o los subprocesos que lo conforman aplican a las contrataciones entre el ente territorial y las EPS-S para el aseguramiento de población previamente identificada y priorizada como beneficiaria del régimen subsidiado.

La suscripción de contratos se realiza tanto en los períodos normales, posteriores a los procesos anuales de libre elección y afiliación, como en los períodos extraordinarios. Un período de contratación extraordinario se presenta en diversas épocas del año, cubriendo generalmente períodos menores a una anualidad, y por ejemplo ampliaciones de cobertura de las generadas a partir de saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado de vigencias pasadas, junto con sus rendimientos financieros. Corresponden también a períodos de contratación extraordinarios aquellos resultantes de la asignación de recursos del FOSYGA para ampliar la cobertura en el régimen subsidiado de salud mediante subsidios parciales o plenos.

#### ❖ Suscripción y legalización de contratos:

Proceso en el cual se realiza formalmente el contrato e implica tomar la base de datos de afiliados para cada EPS-S con operación en el municipio de Belalcázar resultante del proceso de afiliación (ampliación de cobertura, continuidad y/o traslados), establecer el valor del contrato (número de afiliados por el valor de la UPC vigente), firmarlo, radicarlo en el departamento para que allí se realicen las actividades que le son pertinentes y después su envío al Ministerio para el giro de los recursos y finalmente archivarlo en el municipio con sus correspondientes soportes para su seguimiento, se requiere de los siguientes pasos:

- Listado de afiliados por EPS-S y por contrato

- Formato único de minuta establecido por el Ministerio de la Protección Social.
- Solicitud de disponibilidad presupuestal
- Certificados de disponibilidad presupuestal
- Cuadros financieros para contratación
- Certificado de registro presupuestal
- Autorización o resolución de operación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de la EPS-S
- Certificado de habilitación
- Certificación de Afiliación efectiva de los usuarios
- Red de servicios presentada por la EPS-S
- Pólizas presentadas por la EPS-S

#### 5.1.7. Administración de Bases de Datos de los Afiliados

##### ❖ Manejo de novedades:

El municipio a través de la Secretaría de Integración Social debe identificar y validar los diferentes cambios en la información de afiliación, especialmente los que implican modificaciones en los valores a pagar a las EPS-S. Es importante resaltar que las novedades deben ser validadas por el interventor del contrato en la periodicidad que se defina en el mismo (mensual o bimensual). Incluyen los cambios por nacimientos, fallecimientos, traslados, múltiples afiliaciones, cambios en los datos mínimos de los afiliados (nombres, apellidos, documento, fecha de nacimiento, nivel y fecha SISBEN). Intervienen los siguientes subprocesos:

- Informe de novedades presentado por las EPS-S
- Formatos únicos de novedades diligenciados (formularios)
- Reportes de la Dirección Departamental de Salud
- Reporte del Ministerio de la Protección Social

- Reportes determinados por el municipio: Registraduría, Notaría, SISBEN,

## Planeación Municipal

### ❖ Realización de inclusiones y reemplazo:

En este subproceso se hacen efectivas las inclusiones y reemplazos identificados en el subproceso de manejo de novedades, conservando los criterios de priorización vigentes dentro de la vida del contrato.

#### 5.1.8. Gestión Financiera del Giro de los Recursos

Los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado cuentan con la cofinanciación de varios recursos del nivel Nacional, territorial y de los Gremios. Los cuales son administrados por el municipio a través de un fondo Local de Salud y una cuenta maestra para el giro y rendimiento financiero de los recursos. Los Recursos son:

- Sistema General de Participaciones: Asignado mediante la Ley 715 de 2001 para cubrir los servicios de salud a la Población Pobre asegurada, es girada por el Ministerio de Hacienda por meses anticipados a la cuenta maestra destinada para el manejo de los recursos del Régimen subsidiado.
- Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA: Asignado por el Ministerio de la Protección Social y es girado al municipio de acuerdo a la población realmente subida al consorcio destinado para el manejo de las Bases de datos y el giro de los Recursos.
- Recursos Propios Municipales: recursos de excedentes financieros de la cuenta maestra, excedentes de actas de liquidación, Recursos de ETESA para régimen subsidiado, Recursos propio de libre destinación, Transformación de recursos de oferta a demanda.
- Recursos Propios Departamentales: Girados por la Dirección Territorial de Salud.
- Comité de Cafeteros: recursos del Fondo Local del Café destinados a la ampliación de la población rural cafetera.
- Recursos del Resguardo Indígena: recursos comprometidos por el Resguardo para la ampliación de cobertura hasta el 2010.

El Municipio debe garantizar el adecuado y oportuno manejo de los recursos del subsidio a la demanda en salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población beneficiaria a los servicios de salud que cubre el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado. Para ello deberá:

1. Administrar el Fondo Local de Salud, el cual se orienta hacia el establecimiento de un manejo adecuado de los recursos que se destinan a mantener y aumentar la cobertura en salud a través de una cuenta maestra.
2. Realizar la Planeación de la gestión financiera, que establece las fuentes y los montos de los recursos que se aplicarán a pago de la UPC-S, para la población beneficiaria a través de la identificación de ésta y de la focalización del gasto social.
3. Administrar y Programar del presupuesto municipal de ingresos, su concertación, discusión, modificación y ejecución de los recursos destinados a salud.
4. Administración de la tesorería, que permite la protección y garantía del flujo oportuno de los recursos, mediante el recaudo, gestión, giro y pago, según el programa anual mensualizado de caja. Los pagos a la EPS-S se deberán realizar por bimestre anticipado.
5. Rendición de subcuentas y evaluación a los órganos de control.

Es de anotar que cada uno de estos subprocesos se acompaña de las actividades de seguimiento al flujo de los recursos disponibles para la ejecución de actividades del régimen subsidiado en el municipio.

La asistencia técnica al proceso financiero del régimen subsidiado en el municipio deberá permitir incrementar el valor y la oportunidad en el recaudo de los recursos; mejorar la asignación y focalización de los recursos financieros; y acelerar el flujo de los recursos y evitar su desviación o retención indebida.

Entre las causas que más han entrabado el flujo de los recursos se encuentran las dificultades para cumplir con los requisitos de bases de datos ante el FOSYGA y la falta de una adecuada gestión territorial de los recursos. Existen varios mecanismos establecidos en la norma sobre el flujo de recursos entre el nivel central, Gremios, Entidades Territoriales, EPS-S, IPS.

#### 5.1.9. Interventoría de los Contratos del Régimen Subsidiado

La Interventoría y seguimiento a contratos de administración e los recursos del régimen subsidiado la debe realizar el municipio de forma permanente, la cual puede ser interna o externa, aunque la Ley 1122 establece que deberá ser externa con Empresas Idóneas. Corresponde a la verificación del cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos entre la EPS-S y el ente territorial y que deberá elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los departamentos para su consolidación. Los costos que demanden dichas interventorías no podrán financiarse con recursos de la unidad de pago por capitación.

Una interventoría deberá realizar las siguientes actividades:

- Informe de gestión financiera
- Sistema de referencia y contrarreferencia documentado
- Manuales de procedimientos de las EPS-S
- Acta de interventoría con los soportes prestados por las EPS-S
- Informes de interventoría (una por cada bimestre) (dos semestrales para órganos de control)
- Autorizaciones de pagos
- Listas de chequeo
- Plan de compromisos

- Informe validado de novedades.
- Acta de liquidación
- Tabla resumen de liquidación

❖ Liquidación de contratos:

Realizar la liquidación de los contratos de manera oportuna y eficaz determinando el cumplimiento de las cláusulas contractuales, el estado final del saldo de los recursos a favor o en contra del municipio frente a la EPS-S, y dar finalización a la relación contractual. En este proceso se da por cerrada la relación contractual, y se determinan los saldos a favor o en contra del municipio, si es el caso, se levantan las actas de liquidación y se envían copias a los órganos de control.

## 5.2. EJE PROGRAMATICO DE PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

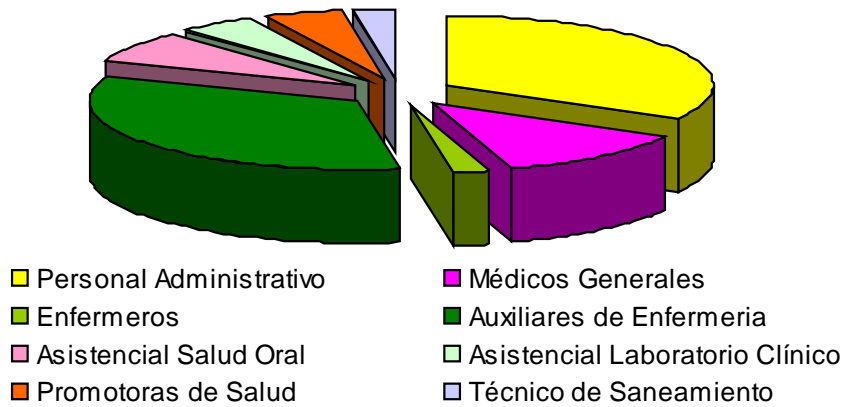
### 5.2.1. Portafolio de Servicios ESE San José

El Hospital San José es una Empresa Social del Estado de origen pública que brinda los servicios de salud de bajo nivel de complejidad en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a toda la población del Municipio y a aquella que se encuentra dentro se área de influencia de acuerdo con su perfil epidemiológico.

Para la oferta de los servicios de salud el hospital cuenta con un recurso idóneo altamente capacitado, con calidad humana y respeto hacia los clientes quienes son la razón de ser de nuestra empresa.

TALENTO HUMANO E.S.E San José	
BELALCAZAR AÑO 2007	
COMPLEJIDAD NIVEL I	Tasa x 1000 Habitantes
Personal Administrativo	1,2
Médicos Generales	0,4
Enfermeros	0,08
Auxiliares de Enfermería	1,2
Asistencial Salud Oral	0,2
Asistencial Laboratorio Clínico	0,2
Promotoras de Salud	0,2
Técnico de Saneamiento	0,2

*Distribución del Personal  
ESE San José Belalcázar 2007*



Además del recurso humano calificado cuenta con un área física suficiente y con una dotación de equipos de básica que le permite garantizar una atención con servicios de salud con calidad

Servicios:

El Hospital San José brinda una amplia gama de servicios con horarios accesibles a la comunidad de cualquiera de los regímenes en los cuales están segmentados los usuarios de los servicios del hospital con las tarifas reglamentadas por el gobierno central.

Consulta Externa:

Consulta médica general: de martes a viernes de 8: 00 -12:00 am y de 2:00 a 6:00 pm Sábados de 8:00 a 2:00 pm

Consulta odontológica general: de martes a viernes de 8: 00 -12:30 am y de 1:30 a 6:30 pm Sábados de 8:00 a 2:00 pm

Cada semana se realiza consulta médica y odontológica general en los puestos de salud de la Habana y el madroño el día jueves cada quince días de 2:00 a 6:00 pm, consulta médica en el águila el día viernes cada ocho días de 2:00 a 6:00 pm. Además se realizan las actividades de promoción y prevención



Servicio de Urgencias: Atención las 24 horas del día los siete días de la semana.

Laboratorio clínico: Atención de martes a viernes de 8: 00 -12:30 am y de 1:30 a 6:30 pm Sábados de 8:00 a 2:00 pm. Toma de muestras 7:00 a 9:00 am. Entrega de resultados de 4:00 pm a 6:30 pm.

Ofrece además procedimientos de segundo nivel como: antígenos febriles, coombs directo e indirecto, coproscópico, baciloscopia, KOH, fotis rectal, vaginal y secreción uretral, glucometría, hemoleucograma, ESP, urea total, VSG, test de O'sullivan, triglicéridos, creatinina, colesterol, parcial de orina, bilirrubinas, gota gruesa, ácido úrico.

Hospitalización: El hospital cuenta con habitaciones bipersonales en los servicios de medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y atención del parto. Número de camas 16.

Otros Servicios:

Farmacia

Fonoaudiología

Ambulancia

Actividades de Promoción y prevención

Ayudas Diagnósticas

Monitoreo fetal electrónico las 24 horas, y 7 días de la semana, Rayos X de baja complejidad, Ecografía obstétrica, Electrocardiograma

Segundo Nivel: Nebulizaciones, lavado de oído y audiometrías.

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS		
ESE HOSPITAL SAN JOSÉ CALDAS BELALCÁZAR		
Representante Legal	LUISA FERNANDA CORRALES GARCÍA	
NIT 8001946271	CÓDIGO IPS	1708800584

SEDE	CRA 3 # 1-93	
101	General adultos	H - B
102	General pediátrica	H - B
112	obstetricia	H - B
314	fisioterapia	A - B
315	fonoaudiología	A - B
328	medicina general	A - B
334	odontología	A - B
402	servicio extramural	A - B
501	servicio urgencias	A - B
601	transporte asistencial básico	A - B
706	laboratorio clínico	N - B
710	radiología e imágenes diagnósticas	N - B
712	toma de muestras de laboratorio clínico	N - B
714	servicio farmacéutico	N - B
SEDE	Puesto de Salud la Habana	
312	enfermería	A - B
328	medicina general	A - B
334	odontología	A - B
712	toma de muestras de laboratorio clínico	N - B
SEDE	Puesto de Salud el Madroño	

132	enfermería	A - B
328	medicina general	A - B
SEDE	Puesto de Salud el Águila	
328	medicina general	A - B

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA				
PROGRAMA	ACTIVIDAD	I Trimestre	II Trimestre	Acumulado
salud oral	control de palca bacteriana	90	0	90
	aplicación sedantes	55	0	55
atención del parto	atención al parto	3	1	4
	serología	3	1	4
	aplicación triple viral	3	1	4
	consulta control puerperio	3	1	4
recién nacido	BCG	0	0	0
	TSH	0	0	0
	Vit K	0	0	0
	hemoclasificación	3	1	4
	consulta md a 72 horas	3	1	4
control prenatal	consulta md prenatal 1° vez md	5	1	6
	consulta md prenatal control	4	2	6

	consulta prenatal enfermería	3	0	3
	consulta Odontología	3	1	4
	serología	4	1	5
	hemograma	4	1	5
	hemoclasificación	4	1	5
	glicemia	4	1	5
	uroanálisis	4	1	5
	ecografía	4	1	5
	multivitamínicos	7	1	8
	td	0	0	0
Ca Cérvix	citología	14	3	17
planificación familiar	consulta 1° vez md	8	2	10
	consulta control	10	0	10
	suministro de anovulatorios	25	1	26
	DIU	0	0	0

### 5.2.2. EPS Subsidiadas

#### EPS ASMETSALUD

ENTIDAD CONTRATADA	SERVICIO CONTRATADO
Hospital San José de Belalcazar	Servicio de baja complejidad subsidios parciales
Hospital San José de Belalcazar	Servicios de baja complejidad
Hospital San José Belalcazar	Servicios de PE y DT

Hospital San Vicente de Paúl Anserma	Servicio de baja complejidad
Clínica Aman	Servicios de mediana y alta complejidad
Clínica Manizales	Servicio de alta y mediana complejidad
Cruz Roja Colombiana Seccional Caldas Hospital Infantil Universitario	Servicio de mediana y alta complejidad
Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas	Servicios de mediana y alta complejidad
Instituto Caldense de Patología	Servicio de Mediana y alta complejidad
Instituto Oncológico ION	Servicio de mediana y alta complejidad
Laboratorio de Citología y Patología CITOSALUD	Servicio de mediana y alta complejidad
Laboratorio Echevarria	Servicio de mediana y alta complejidad
Profamilia	Servicio de mediana y alta complejidad
Servicios médicos la camelia	Servicio de mediana y alta complejidad
Farmedics de Colombia	Suministro de Medicamentos
club de Leones la Suiza	Servicio de mediana complejidad
Instituto oftalmológico de Caldas	Servicio de mediana complejidad
Servicios especiales de salud	Servicio de mediana y alta complejidad
Óptica el Prisma	Servicio de optometría y Suministro de Lentes y monturas
Clínica la Presentación	Servicio de mediana y alta complejidad

EPS MALLAMAS

ENTIDAD CONTRATADA	SERVICIO CONTRATADO
Hospital San José de Belalcazar	Ambulatorio Y Hospitalario Nivel I de atención.
Hospital Santa Sofía	Ambulatorio Y Hospitalario II, III, IV
Hospital INFANTIL	Ambulatorio Y Hospitalario II, III, IV
Instituto Oncológico ION	Ambulatorio IV
Medical Ltda.	Ambulatorio IV
Servicios Especializados de Oftalmología	Ambulatorio II, III, IV
Servicio de Terapia Renal	Ambulatorio IV
Clínica Quirófanos S.A.	Ambulatorio II Nivel
DEDICAF (PEREIRA)	Ambulatorio IV Nivel
Hospital San Juan de Dios	Ambulatorio Y Hospitalario I II Nivel
Hospital San Rafael (Risaralda)	Ambulatorio I Nivel
Clínica Rita Arango	Ambulatorio Y Hospitalario II, III, IV Nivel
Club de Leones	Ambulatorio II Nivel
Hospital San Vicente de Paúl (Anserma)	Urgencias y Hospitalización I II Nivel
Clínica Roque (Supía)	Ambulatorio I II III Nivel
Clínica Yennis Escobar Mejía (Riosucio)	Ambulatorio I II Nivel
Clínica Manizales	Urgencias y Hospitalización I II III Nivel
Clínica la Presentación	Urgencias y Hospitalización I II III Nivel

FUNSALUD (Riosucio /Supía)	Ambulatorio I II III Nivel
Laboratorio Echavarría (Medellín)	Laboratorio I II III IV Nivel
Hospital San Lorenzo (Supía)	Urgencias y Hospitalización I II III Nivel
FRESENIUS MEDIAL CARE	Ambulatorio I II III IV Nivel
Clínica Flavio Restrepo	Ortopedia I II III Nivel

EPS SALUD VIDA

ENTIDAD CONTRATADA	SERVICIO CONTRATADO
Hospital San José de Belalcazar	Nivel I de atención.
Instituto Oftalmológico de Caldas	Servicios ambulatorios consulta y cirugía oftalmológica de II y III nivel.
Clínica Manizales	Niveles II, III y IV ambulatorio, hospitalario urgencias nivel I, triage I, II.
Clínica Amán	Servicios ambulatorios, laboratorio clínico, imagenología y procedimientos quirúrgicos.
Óptica M y M	Consulta de Optometría lentes y monturas.
Grupo Medipos	Suministro de medicamentos ambulatorios I, II y III nivel.
E.S.E Rita Arango Álvarez del Pino	Servicios hospitalarios y ambulatorios de II, III y IV nivel de atención.
Análisis clínico caldas E.U	Laboratorio I, II, III y IV nivel.
Liga contra el Cáncer.	Servicios ambulatorios de II, III y IV nivel y servicio farmacéutico contenidos en el POS-S.

ION S.A.	Atención integral a pacientes con cáncer y las demás especialidades que se relacionan.
Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro	Servicios de II, III y IV nivel.
Centro de diagnóstico oftalmológico.	Servicios ambulatorios de II, III y IV nivel de atención.
Hospital Departamental Santa Sofía	Servicios ambulatorios y hospitalarios de II, III y IV nivel contenidos en el POS-S
DIAGNOS Ltda.	Servicios ambulatorios de III nivel de atención.
I.P.S Medicán Ltda.	Servicios ambulatorios de IV nivel en la especialidad de oncología, radioterapia, braquiterapia, poliquimioterapia, hormonoterapia, monoquimioterapia, consulta especializada e interconsultas.
I.P.S Servicios Especiales de Salud de Caldas	Servicios ambulatorios de radiología, imágenes diagnósticas, diagnóstico cardiovascular, endoscopia digestiva y terapéutica, CPRE y medicina nuclear de complejidad media y alta.
I.P.S Autónoma de Manizales.	Servicios ambulatorios, consulta especializada, odontología general, apoyo diagnóstico y terapéutico contenidos en el POS-S.

EPS CAPRECOM

ENTIDAD CONTRATADA	SERVICIO CONTRATADO
Hospital San José de Belalcazar	Nivel I de atención.



Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro	Nivel II de Atención.
DIAGNOS Ltda.	Radiología de I-II-II Nivel, Mamografía, T.A.C.
CEDICAF	Resonancias Nucleares Magnéticas
CITOSALUD	Procesamiento y lectura de anatomía patológica
Liga contra el Cáncer Seccional Caldas	Medicamentos para patologías de alto costo
Hospital San Marcos de Chinchiná	Prestación de servicios de mediana complejidad.
ASSBASALUD E.S.E	Laboratorio Clínico de I, II, III y IV nivel
Hemocentro del Café Manizales	Suministro de sangre y hemoderivados
Meditrauma	Suministro de material de materiales de traumatología, ortopedia y terapia física.
Centro Visual Moderno	Servicio de Optometría, ortóptica, lentes y monturas, lentes intraoculares, prótesis oculares.
E.S.E Rita Arango Álvarez Del Pino	Servicios de II nivel.
Servicios Especializados de Oftalmología	Oftalmología, Biometría ocular y procedimientos quirúrgicos oftalmológicos convencionales.
Clínica La Presentación	Atención a pacientes obstétricas de alto riesgo y U.C.I neonatal
Servicio de Terapia Renal de Caldas	Atención integral a paciente renal
Instituto Oncológico de Caldas. ION	Atención Oncológica Especializada
Hospital Departamental Santa Sofía de Caldas	Atención Integral de II, III y IV nivel

PLANSER BOGOTÁ	Suministro de material de osteosíntesis y prótesis.
Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá	Atención Oncológica Integral
Clínica Santillana	Oftalmología y Cirugía General
Fundación Mujer y Vida	Ecografía obstétrica

EPS SOLSALUD

ENTIDAD CONTRATADA	SERVICIO CONTRATADO
Hospital San José de Belalcazar	Ambulatorio y Hospitalario Nivel I
Clínica Manizales	Ambulatorio y Hospitalario Nivel II – III- IV
Hospital Santa Sofía Manizales	UCI Cirugía Neurológica, Reemplazo articular, Hospitalización VIH - Curilla de Cáncer - Gran Quemado y Poli trauma
Hospital Infantil Rafael Henao Toro Manizales	UCI Cirugía Neurológica, Reemplazo articular, Hospitalización VIH - Curilla de Cáncer - Gran Quemado y Poli trauma
Servicios Médicos Las Camelias	UCI Cirugía Neurológica, Reemplazo articular, Hospitalización VIH - Curilla de Cáncer - Gran Quemado y Poli trauma
Fundación Colmenares	Manejo Paciente SIDA IV Nivel
R.T.S Manizales	Diálisis, Hemodiálisis, Transplante Renal IV Nivel

### 5.3. EJE PROGRAMÁTICO DE SALUD PÚBLICA

#### 5.3.1. DIAGNÓSTICO DE SALUD PÚBLICA

El Municipio de Belalcázar para este capítulo cuenta con una fortaleza adicional, la cual es la estrategia de los profesionales de Vigilancia en salud pública, lo que nos ha permitido contar con perfiles epidemiológicos semestrales. El análisis de estos perfiles incluye la aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada grupo poblacional, y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas. Se está haciendo especial énfasis en la transición demográfica y en la transición epidemiológica que presenta el municipio de Belalcázar

Los indicadores del milenio y los indicadores de infancia y adolescencia hacen parte integral del diagnóstico de la situación de salud en nuestro territorio, habida cuenta que semestral se actualizan estos indicadores en el municipio. La decisión administrativa ha sido trabajada con los datos del censo 2005 conciliado, y para los denominadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, se tienen los nacidos vivos teniendo como fuente el DANE.

#### ❖ ENFERMEDADES DE INTERÉS PÚBLICA 2007

##### MORBILIDAD

DIAGNOSTICO	CASOS
ACCIDENTE OFIDICO	2
DENGUE CLÁSICO	6
EXPOSICIÓN RABICA	25
HEPATITIS A	1
INTOXICACIÓN POR ALIMENTO O AGUA	1
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDA	18
INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	4
INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	4

LEPTOSPIROSIS	1
LESIONES POR PÓLVORA	2

### **MORTALIDAD**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>CASOS</b>
MORTALIDAD PERINATAL	4
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	1
MORTALIDAD POR ERA 0-4 años	1
PAROTIDITIS	4
VIH-SIDA	2

### **5.3.2. DEMOGRAFÍA Y SALUD.**

El municipio de Belalcázar en los últimos 10 años ha mostrado grandes cambios en la dinámica del crecimiento poblacional, la fecundidad ha descendido sustancialmente pasando de 3,13\* hijos por mujer en 1985 a 1,8~ en 2006, asimismo la natalidad presenta descensos pronunciados en los últimos 8 años. \*fuente departamento. ~fuente perfil epidemiológico 2007

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD POR 1.000 HABITANTES MUNICIPIO BELALCÁZAR 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
TASA	12,1	11,25	10	9,6

FUENTE: perfil epidemiológico

En el corto plazo de 4 años la disminución es del 7%, si se compara con Colombia que tiene un estimado según el ministerio para el 2006 de 20.6 por mil habitantes.

CRECIMIENTO NATURAL O TASA MEDIA ANUAL DE CRECIMIENTO			
MUNICIPIO BELALCAZAR.1999-2004			
AÑOS	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CRECIMIENTO NATURAL
1999	135	84	SD
2001	159	93	SD
2003	229	65	0.69
2004	191	51	-30,1
2005	102	32	3,4
2006	96	50	-1,3

FUENTE: perfil epidemiológico

Lo que se refleja en la tasa anual de crecimiento para el municipio es negativo y la tendencia es a la disminución de la población, evidenciado por las tasas de mortalidad, fecundidad, y migración, por ser el departamento de Caldas según el DANE, un departamento expulsor. Es bien preocupante la desaceleración excesiva de los nacimientos.

- La proporción de hombres en cuanto a mujeres es 1/1, 50.9% son hombres y un 49% mujeres.
- La proporción en la comunidad indígena de hombre en cuanto a mujeres es de 44% hombre y 55% mujeres.
- En el rango de edad de la población belalcazarita, se puede encuentra la población adulta en primer lugar 48.3%, seguida por la infantil con 39% . (total población 11.677).
- El porcentaje de población adulta mayor es de 11.5% si observamos el dato anterior es bajo. Lo anterior muestra, que la población se esta muriendo relativamente joven o migra a otras ciudades y al exterior a buscar mejores condiciones de vida.
- Que en la comunidad indígena el Totumal se observa que la mayor proporción de población la da la infantil con un 57.8%, seguida por la adulta 36.8% y por ultimo la adulta mayor con un 5.3%. lo mismo que en la anterior la población indígena se esta muriendo joven o migaran a otras comunidades.
- La tasa de natalidad es de 9.6 y la de fecundidad es de 2,6 hijos.
- La tasa de crecimiento para el municipio es negativa -1,3, evidenciado por las tasas de mortalidad, natalidad y migración.
- El mayor porcentaje de población se encuentra en el área rural con un 57%,
- Un alto porcentaje de la población migra hacia otras poblaciones dentro y fuera del departamento en busca de mejores condiciones económicas.

### 5.3.3. SALUD MATERNA E INFANTIL

En el municipio se han alcanzado importantes logros en la reducción de la mortalidad perinatal en los últimos cinco años, sin embargo se tienen problemas tan serios como el embarazo en adolescentes.

#### MORTALIDAD MATERNA MUNICIPIO BELALCAZAR 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS INDICADORES

META 2015	LINEA DE BASE 2000	RESULTAD 2003	RESULTADO 2005	RESULTADO 2006	RESULTADO 2007*
Muerte materna < a 45 muertes	105,3*	0	0	0	0

x 100.000 nacidos vivos					
Incrementar al 90% 4 controles prenatales por embarazada	81%*	SD	SD	SD	83%
Parto institucional > al 95%	85%*	SD	SD	SD	99%
Porcentaje de mujeres en edad fértil afiliadas al SGSSS	41%*	SD	SD	SD	83%

FUENTE: SIVIGILA, ESTADISTICA DTSC\* A junio de 2007. Línea de base dpto..

La Mortalidad Materna es uno de los principales indicadores de Salud Pública, mide calidad de los servicios de salud, capacidad de respuesta de las IPS, referencia y contrarreferencia, e indirectamente el grado de desarrollo de un país. La implementación de la estrategia de choque para la disminución de la mortalidad materna, indiscutiblemente ha rendido sus frutos. La tendencia en el el municipio es negativa, como se describe en el cuadro anterior en los últimos 4 años no se ha presentado ninguna muerte materna. Sin embargo se continua con la vigilancia continua a través de las instancias de participación como los COVES tanto institucional como municipal.

La cobertura de cuatro controles prenatales por embarazo, se ha incrementado favorablemente en Caldas, llegando a un promedio de 5.5 controles, se espera que con el apoyo de las IPS y las EPS llevarla al 98% (con mas de 5 controles) para el 2008.

La cobertura del parto institucional, es uno de los indicadores que más ha mejorado en el país en los últimos 10 años, lo que sigue hacia adelante es lograr que la calidad siga pareja a la cobertura. En el municipio el mejoramiento ha sido continuo y estamos por encima del promedio nacional y el departamental (Caldas 96.5%, Colombia 95%).

Con el impresionante aumento de cobertura en el Régimen Subsidiado, el municipio supero el 92% de afiliados al SGSSS, lo que teóricamente disminuye las barreras, para la adecuada y oportuna atención materno-perinatal, por ello debemos apuntarle al mejoramiento de la calidad en la atención.

La Mortalidad Infantil es tal vez el indicador más importante a nivel mundial; en nuestro departamento las tasas presentan una disminución progresiva, a pesar que el denominador (nacidos vivos), ha descendido vertiginosamente en los últimos cinco (5) años, y el comparativo con Colombia es altamente favorable: Caldas 13.6 por 1.000 NV y Colombia 18.2 por 1.000 NV, ambos datos corresponden al 2006. En el caso de la Mortalidad en menores de 5 años, el descenso es bien contundente y se debe a la disminución constante de las enfermedades infecciosas en este grupo de edad como causa de muerte. Sin embargo las muertes por ERA y EDA en este grupo de edad, no ha tenido el impacto deseado, y es así como la Dirección Territorial de Salud de Caldas, le esta apostando a que todas las IPS publicas y privadas, que prestan servicios de salud en nuestro departamento, tengan montada y en funcionamiento la estrategia AIEPI en su modalidad clínica, y las administraciones municipales en su modalidad comunitaria. En el municipio los mayores casos de mortalidad infantil para los años 2004, 2005 y 2006 los arroja el resguardo indígena el totumal, presentándose un descenso gracias a la intervención interinstitucional y al trabajo de vigilancia epidemiológica que se tiene en el resguardo.

Con el Censo 2005, y su respectiva conciliación, se tienen unas poblaciones más acorde con la realidad de nuestro medio, y por ello nuestras coberturas de vacunación mejoraron notablemente, dándole sentido a la evidencia técnica de nuestros cálculos poblacionales.



MORTALIDAD INFANTIL MUNICIPIO BELALCAZAR 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS  
INDICADORES

META 2015	LINEA DE BASE 2000	RESULTAD 2003	RESULTAD 2005	RESULTAD 2006	RESULTAD 2007*
Mortalidad en < de 1 año menor a 15 x100.000 nv	347	4	8	4	4
Mortalidad en < de 5 años menor a 17 x 100.000 nv	405	SD	3	SD	SD
Cobertura de Vacunación < de 1 año superior al 95%	87%	121%	98.51%	88,12%	96.7%
Mortalidad por IRA < a 10 x 100.000 niños menores de 5 años	19,7	SD	1	0	1
Mortalidad por EDA < a 6 x 100.000 niños menores de 5	12,45	1	4	0	0

años					
Concordancia entre el registro de mortalidad y el SIVIGILA	75%	SD	SD	SD	99%
Porcentaje de menores de 5 años al SGSSS	43%	SD	SD	SD	99%

FUENTE: DANE DATOS PRELIMINARES, SIVIGILA, ESTADÍSTICA DTSC

Con el mejoramiento progresivo de nuestro Sistema de Vigilancia Epidemiológica, y su fortalecimiento en el municipio, los logros en el Sistema de Vigilancia son notables, situación que ha sido reconocida a nivel de Caldas, por el Instituto Nacional de Salud, y el Ministerio de la Protección Social, como resultado tangible vemos que la concordancia entre los registros de mortalidad y el SIVIGILA es óptima.

Con la cobertura Universal que se alcanzó en el año 2007, Caldas tiene el 99% de sus niños menores de 5 años con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud, lo que se sigue es lograr una mejora sustancial en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

#### **5.3.4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MUNICIPIO BELALCAZAR 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS INDICADORES

META 2015	LINEA DE BASE 2000	RESULTADO 2003	RESULTADO 2005	RESULTADO 2006	RESULTADO 2007*
Porcentaje de partos en niñas adolescentes entre 10-14	0.83%	SD	SD	0.6%	0
Porcentaje de partos en adolescentes entre 15 y 17 años	10.09%	SD	SD	13%	3%
Porcentaje de niños y adolescentes afiliados al SGSSS	39%	SD	SD	SD	82%
Cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva	38%	SD	SD	SD	90%
Prevalencia uso anticonceptivos	75%	SD	SD	SD	41%
Numero de hijos por mujer	2.66	SD	SD	SD	2.6
Prevalencia VIH/SIDA población General	0.97%	SD	SD	0.01	0.04
Transmisión vertical VIH/SIDA	6				2

(casos)					
---------	--	--	--	--	--

FUENTE: SIVIGILA, ESTADISTICA DTSC

\* A junio de 2007.

Es una de las prioridades del Plan de Atención de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, y del nuevo Plan Nacional de Salud Pública (Ley 1122 de 2007), en Caldas se comenzó a trabajar sobre el tema desde 2003 y se construyó en 2004 el primer documento de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, en 2006 se retomó el tema se ajustó la política y se le dio un enfoque sexológico positivo a la cátedra de salud sexual para adolescentes. Por la importancia estratégica se presentó a la Honorable Asamblea Departamental como política de Estado, y fue aprobado por la Ordenanza 552 de diciembre de 2006. El Ministerio de la Protección Social, ha escogido a Caldas como Departamento piloto para la implantación de la política a nivel nacional con el enfoque sexológico, nos va apoyar técnica y financieramente.

El embarazo en adolescentes indiscutiblemente, es un problema extremadamente complejo, en ello hay mucho para analizar, y por eso decimos que hay mucho de largo y de ancho. Es claro que el embarazo en adolescentes entre 10 y 14 años se considera de alto riesgo fisiológico y particularmente emocional, pero no ocurre lo mismo por encima de los 16 años, las estadísticas de complicaciones obstétricas, y mortalidad materna, está muy alejado de estas edades (24-35 años). A pesar de todos los esfuerzos la disminución del embarazo en adolescentes ha sido poco significativo (5.5%), en cambio en otras edades es del 14%, lo que significa que el descenso en la natalidad está mediado por este último grupo de edad (19-45 años), la Dirección Territorial, próximamente realizará un estudio para profundizar sobre este preocupante tema. En buena hora la UNICEF, el ICBF y la Procuraduría General de la Nación, decidieron evaluar los grupos de 10-14 años y de 15-17, que técnicamente es más aceptable por ser el verdadero periodo de la adolescencia.

### **5.3.5. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

NUTRICIÓN MUNICIPIO BELALCAZAR 2000-2006 Y 1° SEMESTRE DE 2007, OTROS INDICADORES  
COMPLEMENTARIOS

META 2015	LINEA DE BASE 2000	RESULTADO 2003	RESULTADO 2005	RESULTADO 2006	RESULTADO 2007
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años*	17.16%	SD	34.59	SD	SD
Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años*	3.22%	SD	3.69	SD	SD
Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años*	9.44%	SD	20.69	SD	SD
Duración de la lactancia exclusiva	1.3	SD	SD	SD	SD
Porcentaje de bajo peso al nacer	7,45%	SD	5	10	3

FUENTE: DANE DATOS PRELIMINARES, SIVIGILA, ESTADÍSTICA DTSC\* A junio de 2007

Caldas con su comité departamental de seguridad alimentaria y nutricional ha construido una hoja de ruta, que creemos esta orientada y respaldada por objetivos claros y realizables. En ese orden de ideas la Dirección Territorial de Salud, con la colaboración de la Universidad Nacional, realizó un diplomado en SAN, con el fin de capacitar a los municipios para la construcción de sus respectivos planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), con el compromiso de convertirla en Política Pública, y con programas a 10 años. Con esta realidad esperamos que en el corto plazo de cinco años, no se vuelva a presentar mortalidad en menores de 5 años por esta causa en nuestro territorio. En lo concerniente a los datos de prevalencia, se hace necesario actualizar la investigación realizada en el 2004, con el fin de tener datos recientes y evaluar impacto de lo realizado hasta la fecha.

A nivel municipal se cuenta con un comité formado por instituciones comprometidos con el tema y un plan de seguridad alimentaria elaborado.

#### 5.3.6. Enfermedades transmisibles

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

CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y TASAS POR 100.000 HABITANTES MUNICIPIO  
BELALCAZAR 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	SD	4	4	3
TASAS	SD	25	25	26

FUENTE: SIVIGILA, , DTSC

La tuberculosis es una enfermedad reemergente cuya prevalencia en el municipio ha presentado una tendencia descendente, y la captación de sintomáticos respiratorios se ha venido incrementado, lo que podría explicar en parte el decremento en los caos y tasas. La cobertura de tratamiento por medio de la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado – TAES DOTS es del 82% en el departamento de Caldas (Colombia 50%).

CASOS NOTIFICADOS DE VIH/SIDA Y TASAS POR 100.000 HABITANTES MUNICIPIO BELALCAZAR 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	0	SD	2	2
TASAS	0	SD	12,5	18

FUENTE: SIVIGILA, INS, DTSC

Realmente la incidencia anual reportada de casos de VIH/SIDA, debe ser la punta del iceberg, teniendo en cuenta que la prueba es voluntaria y no se han podido realizar tamizajes poblacionales, de todas maneras estamos por encima de la tasa departamental y nacional (dpto. 11.5 y Colombia 10.5 por 100.000 hab.). aunque es de resaltar el avance en la atención integral de los pacientes

CASOS NOTIFICADOS Y TASAS POR MIL NACIDOS VIVOS DE VIH/SIDA CONGÉNITO, EN GESTANTES NO ASEGURADAS MUNICIPIO BELALCAZAR 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	SD	SD	SD	0
TASAS	SD	SD	SD	0

FUENTE: SIVIGILA, INS, DTSC

El programa de transmisión vertical para VIH/SIDA, nos ha arrojado muy buenos resultados en las gestantes no aseguradas, tal como lo muestra la tabla anterior, para ello en los tres últimos años se han realizado 8.950 pruebas de ELISA en este grupo poblacional. No ocurre lo mismo con el programa en el régimen contributivo y en el subsidiado, que ha sido muy irregular y de muy pobre compromiso.

### **5.3.7. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES**

El municipio solo presenta una enfermedad transmitida por vectores de gran importancia en salud pública como lo son el Dengue, aunque se presentan algunos casos de Leishmaniasis cutánea importados de otros departamentos. Al igual que en el resto del país, desde su reaparición en 1990, el Dengue presenta una tendencia creciente con un comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, acompañado de cuadros clínicos de mayor severidad y la expansión de las áreas geográficas de infestación por *Aedes aegypti* y presencia de la enfermedad, y la circulación simultánea de diferentes serotipos del virus. Lo anterior, debido a condiciones eco-epidemiológicas y climáticas propicias por el calentamiento global y la introducción del *Aedes albopictus* a zonas urbanas.



DENGUE NOTIFICACIÓN CASOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES DE POBLACIONES A RIESGO  
(590.000 H.) MUNICIPIO BELALCAZAR 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	SD	SD	12	9
TASAS	SD	SD	75	79

FUENTE: SIVIGILA, DTSC

LEISHMANIOSIS CUTANEA NOTIFICACIÓN CASOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES DE POBLACIONES  
A RIESGO (185.000) MUNICIPIO BELALCAZAR 2003-2006

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	0	0	0	0
TASAS	0	0	0	0

FUENTE: SIVIGILA, INS, DTSC

### 5.3.8. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida, cabe destacar que las crónicas no transmisibles ocupan el primer puesto entre las principales causa de enfermedad y muerte de nuestra población, sobrepasando las causadas por violencia y accidentes.

Dentro de la estructura de causas de mortalidad en la población general, sin tener en cuenta los homicidios, los primeros lugares corresponden a homicidios, enfermedad isquémica del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades cerebro vasculares, y para el

séptimo y noveno lugar figuran, los tumores malignos del estomago y los de traquea bronquios y pulmón respectivamente. Si bien es cierto los homicidios ocupan el 1° lugar, hay que reconocer que se viene presentando un descenso continuo, lo que nos demuestra que las medidas que se han tomado para su control han sido efectivas, pasando en el 2007 a ser la 2 causa.

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE 105 CAUSAS LUGAR DE RESIDENCIA TODAS LAS EDADES MUNICIPIO BELALCAZAR 2006

PUESTO	DIAGNOSTICO	CASOS	%	TASA*
1	Homicidio	7	29,17	43,7
2	Enfermedad isquémica del corazón	6	25	37,5
3	Enfermedades hipertensivas	2	8,33	12,5
4	Otras enfermedades del corazón	2	8,33	12,5
5	Tumor maligno de la traquea, bronquios y pulmón	1	4,17	6,25
6	Insuficiencia cardiaca	1	4,17	6,25
7	Enfermedad cerebro vascular	1	4,17	6,25
8	Enfermedades crónicas vías respiratorias	1	4,17	6,25
9	Otras enfermedades del sistema respiratorio	1	4,17	6,25
10	suicidio	1	4,17	6,25
	TOTAL PRIMERAS CAUSAS	23	100	143

El cáncer representa otra de las patologías crónicas que registra un incremento importante en su incidencia, y particularmente en su mortalidad.

Entre otras condiciones crónicas, cabe destacar la prevalencia de los trastornos de la salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, al menos un 40.1 de la población Colombiana ha padecido alguna vez en su vida algún trastorno mental y la prevalencia anual es del 16.0%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo, los mas frecuentes entre mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas mas prevalentes en los hombres.

De particular interés, resulta el consumo de sustancias psicoactivas entre jóvenes escolarizados entre los 12 y 17 años de edad. Los estudios en ese subgrupo de población muestra altas prevalencias de consumo de cigarrillos (51.4 hombres, y 41.8 mujeres) y alcohol (77.9 en hombres y 72.5 en mujeres), con un promedio de edad de inicio para estas dos sustancias de 12.7 años. Del mismo modo se evidencia un alto consumo de tranquilizantes y solventes entre las sustancias psicoactivas licitas que se usan indebidamente, así como la alta prevalencia de consumo de marihuana como sustancia predominante entre las sustancias psicoactivas ilícitas.

### 5.3.9. VIOLENCIA Y LESIONES DE CAUSA EXTERNA

Los efectos de violencia y lesiones de causa externa tiene alto impacto en la salud de la población, siendo los homicidios y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona, las que generan mayor morbilidad y mortalidad.

MORTALIDAD POR HOMICIDIOS MUNICIPIO BELALCAZAR 2003-2006 EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y EN TASAS POR 100.000 HABITANTES

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	11	8	16	7
TASA	68	49	98	42

FUENTE: DANE, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO,

El problema social de muerte violenta se viene presentando desde años anteriores, se presento una disminución de los casos en el 2004 aumentado significativamente en el 2005 y disminuyendo en el 2006.

MORTALIDAD POR SUICIDIOS MUNICIPIO BELALCAZAR 2003-2006 EN NUMEROS ABSOLUTOS Y EN TASAS POR 100.000 HABITANTES

AÑO	2003	2004	2005	2006
CASOS	0	2	3	2
TASA	0	12	18	12

FUENTE: DANE, PERFIL EPIDEMIOLOGICO, DTSC

La totalidad de los eventos de suicidio corresponde a población entre 15 a 44 años, las causas ha sido por intoxicaciones vía oral. Las sustancias mas utilizadas son los plaguicidas órgano fosforados 38% seguido por fármacos. Lastimosamente para el municipio la tendencia de los suicidios es aumentar, por una serie de causas sociales, emocionales, económicas.

**5.3.11. DIAGNOSTICO SANITARIO**

	ZONA	EXISTENTES		
		HIGIENICOS	DE ALTO RIESGO	TOTAL
VIVIENDAS	URBANA	1.419	54	1473
	RURAL	1.694	115	1809
	TOTAL	3.113	169	3.282
ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	URBANA	5	0	5
	RURAL	27	0	27
	TOTAL	32	0	32

ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES	URBANA	86	0	86
	RURAL	27	0	27
	TOTAL	113	0	113
ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS	URBANA	76	1	77
	RURAL	38	0	38
	TOTAL	114	1	115

### 5.3.11. INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN

INSTANCIA	NUMERO
VEEDURÍAS RÉGIMEN SUBSIDIADO	23
CONSEJO TERRITORIAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	1
ASOCIACIÓN DE USUARIOS	5
COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA	1
VEEDURÍAS PLS	5
CONSEJO DE POLÍTICA SOCIAL	1
JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL	32
ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS	1
JUNTA HOGAR DEL ANCIANO	1
GRUPO DE LA SALUD	1
CONSEJO DE SEGURIDAD SOCIAL	1
CONSEJO DE GOBIERNO	1
CONSEJO DE DESARROLLO RURAL	1
COMITÉ DE DESPLAZADOS	1
COVES INSTITUCIONAL Y MUNICIPAL	2
CONSEJO MUNICIPAL DE PLANEACIÓN	1
COMITÉ DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIA	1
LIGA DE CONSUMIDORES	1
SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO-SIAU	5
SERVICIO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD –SAC	1

## **5.4. EJE DE DESARROLLO DE PROMOCIÓN SOCIAL**

### **5.4.1. DESPLAZAMIENTO FORZADO Y POBLACIÓN DESPLAZADA**

Sin duda, el desplazamiento forzado por el conflicto armado interno es un factor que está modificando la geografía humana y social del país impactando directa o indirectamente en diversos grados la nación.

Diagnóstico de Riesgos: No existen indicios activos de actores armados en el Municipio, así como tampoco se han registrado enfrentamientos armados o combates, toma de poblados y/o veredas cercanas al Municipio, homicidios de carácter político, masacres hasta el momento.

Las amenazas registradas han sido caos aislados que apuntan a delincuencia común. Dos secuestros hacia la vereda San Narciso y una desaparición forzada han sido cometidos por delincuencia común con nexos con la guerrilla.

La población vulnerable de desplazamiento son los residentes de las veredas La Romelia, Las Delicias, Tierradentro y Conventos las cuales suman una población de 230 personas.

No se ha registrado existencia de cultivos ilícitos ni conflictos por tierra y/o culturales entre la población campesina e indígena.

Se ha establecido presencia de paramilitares en el Municipio de Viterbo (Caldas) y de guerrilla en los Municipios de Risaralda y Anserma siendo estos cercanos a Belalcázar.

Recursos Presupuestales: En el presupuesto municipal de Belalcázar Caldas, fue aprobado para la vigencia fiscal 2008, una partida de \$ 10.000.000 perteneciente al rubro Atención a población desplazada. Se hace necesario entonces contar con el apoyo de la oficina de Acción Social, al Gobernación de caldas y demás instituciones y ONG's.

Durante el primer semestre de 2007, se han registrado en el Municipio como desplazadas (3) núcleos familiares jóvenes que suman un total de 10 personas entre mayores y menores de edad. La tendencia durante los últimos 5 años anteriores puede visualizarse en el siguiente cuadro.

<b>Desplazados Violencia Belalcázar año 2006</b>				<b>Desplazados Violencia Belalcázar año 2007</b>			
<b>&gt;18 Años</b>		<b>&lt;18 Años</b>		<b>&gt;18 Años</b>		<b>&lt;18 Años</b>	
<b>H</b>	<b>M</b>	<b>H</b>	<b>M</b>	<b>H</b>	<b>M</b>	<b>H</b>	<b>M</b>
4	4	5	4	3	3	2	2
<b>Total</b>			<b>17</b>	<b>Total</b>			<b>10</b>

\* Personería Municipal Cifras preliminares 1° Semestre 2007

<b>Población Desplazada Belalcazar</b>						
<b>AÑO</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>N°</b>	10	15	30	75	17	10*

La proporción por edad de los desplazados registrados es del 60% de mayores de edad, el restante porcentaje se atribuye a menores de edad. No existe diferencia alguna por género.

<b>Experiencia migratoria al exterior DANE 2005</b>					
	<b>Total</b>	<b>Hogares con Personas en el exterior</b>	<b>%</b>	<b>Hogares sin personas en el exterior</b>	<b>No Informa</b>
Belalcázar	3064	98	3.19	2964	2

Belalcázar Cabecera	1358	65	4.78	1291	2
Belalcázar Resto	1706	33	1.93	1673	0

#### 5.4.2. POBLACIÓN ESPECIAL

DESPLAZADOS	33
DISCAPACITADOS	139
MUJERES GESTANTES	73
INDÍGENAS	596
POBLACIÓN INFANTIL < 1 AÑO	706
POBLACION INFANTIL 1 A 9 AÑOS	2.130
POBLACION ADOLESCENTE 10 A 18 AÑOS	2.144
POBLACION JOVEN 19 A 29 AÑOS	2.065
ADULTOS MAYORES > 60 AÑOS	1.102

#### 5.4.3. RED PARA LA SUPERACIÓN DE LA POBREZA EXTREMA “RED JUNTOS”.

Los actuales niveles de pobreza en Colombia sugieren la existencia de factores sociales que provienen de múltiples dimensiones los cuales impiden a las familias mejorar su condición por si mismas. Las



familias quedan atrapadas en la pobreza, generación tras generación cuando existe un círculo vicioso que contrarresta los esfuerzos de los pobres, y a su vez alimenta las condiciones que crearon esta situación. Estos círculos viciosos se conocen como trampas de pobreza.

Juntos es una estrategia de intervención integral que articula la acción de todos los niveles del estado para apoyar la superación de la pobreza extrema en 1.500.000 familias del país. El objetivo general de Juntos es mejorar las condiciones de vida de las familias en situación de pobreza extrema y en situación de desplazamiento a través de un proceso de acompañamiento para la consecución de los logros básicos.

❖ Población objetos de juntos:

Todas las familias inscritas en el programa Familias en Acción y todas las familias en situación de desplazamiento registrados en el RUPD.

❖ Dimensiones y logros básicos

1. Identificación.
2. Ingresos y trabajos.
3. Educación.
4. Salud.
5. Nutrición.
6. Habitabilidad.
7. Dinámica familiar.
8. Bancarización y ahorro.
9. Apoyo para garantizar el acceso a la justicia.

❖ Componentes de Juntos

1. Acompañamiento familiar.
2. Acceso preferente a los programas y servicios sociales del estado.
3. Componente de fortalecimiento del Sistema de Protección Social Local Juntos.

## **5.5. EJE PROGRAMATICO DE PREVENCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS.**

Vivimos en el mundo de riesgos. Todos los días conocemos más casos en donde se reconocen condiciones de riesgo, desde el hogar hasta las situaciones de índole nacional, la vida se constituye en una aventura peligrosa en esta época moderna. Los peligros tradicionales como los fenómenos naturales que agredían a nuestros antepasados son sólo una parte de las condiciones actuales. Los nuevos riesgos tienen que ver con las condiciones humanas e institucionales que traen consigo el progreso, pero que sobrepasan los límites de lo que resulta tolerable, en los aspectos ecológicos, médicos, psicológicos y sociales.

Los riesgos del trabajo se refieren no solo a los que originan lesiones en el trabajador o generan alteraciones de las relaciones interpersonales, sino también a otros riesgos que pueden afectar el proceso de producción y productividad de la empresa. Es decir, los riesgos llevan consigo el hecho de una pérdida, que puede ser de cualquier tipo, desde una pérdida de salud hasta una pérdida que compromete el aspecto económico.

Las condiciones físicas y de infraestructura (locativas) son un importante componente del ámbito laboral, el cual también representa riesgos, provoca insatisfacciones, causa y desencadena enfermedades profesionales (físicas y mentales) y accidentes de trabajo.

Es por eso que a nivel de las instituciones y empresas, se deben desarrollar un conjunto de normas y procedimientos para proteger nuestra integridad física y mental, protegiéndonos de los riesgos de salud inherentes a las tareas del cargo y del ambiente físico donde las ejecutamos.

El conocimiento de estos factores nos ayudaran a reconocer los riesgos a que estamos expuestos y a resolver o sugerir las acciones correctivas al respecto.

El factor de protección a los riesgos del trabajo, ha estado a cargo de los aseguradores de riesgos profesionales, pero la injerencia ha sido mínima. Solo hasta el año 2007 se conformo a nivel de la administración municipal el Comité de Riesgos a través de la asesoría del Seguro Social. Este factor y los pocos recursos asignados al proyecto, han limitado la implementación del programa de Salud

ocupacional. Con base en lo anterior se crea la necesidad de implementar en la Administración Municipal este programa y así poderlo expandir a otras instituciones municipales.

### 5.5.1. CLASIFICACIÓN DE RIESGOS:

<b>MECANICOS</b>	<b>QUIMICOS</b>	<b>FISICOS</b>
<i>Lesiones y pérdidas por::</i> <i>Caídas desde altura</i> <i>Caídas al mismo nivel</i> <i>Caídas de objetos</i> <i>Atrapamientos</i> <i>Golpes o choques por objetos</i> <i>Cortes con objetos</i> <i>Proyección de objetos</i> <i>Pisadas sobre objetos</i>	<i>Lesiones, enfermedades y pérdidas por exposición a sustancias químicas en forma de:</i>  <i>Sólidos</i> <i>Líquidos</i> <i>Gases</i> <i>Vapores</i> <i>Humos</i>	<i>Lesiones, enfermedades y pérdidas por exposición a:</i>  <i>Ruido</i> <i>Iluminación inadecuada</i> <i>Altas temperaturas</i> <i>Radiaciones no ionizantes</i> <i>Radiaciones ionizantes</i> <i>Bajas temperaturas</i> <i>Vibraciones</i>
<b>ELECTRICOS</b>	<b>INCENDIOS Y EXPLOSIONES</b>	<b>BIOLOGICOS</b>
<i>Lesiones y pérdidas por::</i> <i>Contacto eléctrico directo</i> <i>Contacto eléctrico indirecto</i> <i>Electricidad estática</i>	<i>Lesiones y pérdidas por::</i> <i>Incendios de sólidos</i> <i>Incendios de líquidos</i> <i>Incendios de gases</i> <i>Incendios eléctricos</i> <i>Incendios combinados</i> <i>Explosiones</i>	<i>Enfermedades y pérdidas por exposición a:</i>  <i>Virus</i> <i>Bacteria</i> <i>Hongos</i> <i>Otros microorganismos</i>

<b>PSICOSOCIALES</b>	<b>ERGONOMICOS</b>	<b>OTROS TIPOS</b>
<i>Enfermedades y pérdidas relacionadas con:</i>	<i>Lesiones, enfermedades y pérdidas por exposición a:</i>	<i>Daños a la persona o a la propiedad por factores de riesgo de</i>
<i>Contenido de la tarea</i>	<i>Carga postural estática</i>	<i>origen social (atracos, atentados, asonada, sabotaje, saqueo, etc.)</i>
<i>Organización del tiempo de trabajo</i>	<i>Carga de trabajo dinámico</i>	<i>Daños a las personas o a la propiedad por factores de riesgo de</i>
<i>Relaciones humanas</i>	<i>Inadecuado diseño del puesto de trabajo</i>	<i>origen natural (terremoto, vendaval, sequías, inundaciones etc.)</i>
<i>Gestión administrativa</i>	<i>Carga de los sentidos</i>	

#### **5.5.2. SITUACIÓN INSTITUCIONAL ACTUAL:**

- No existe un programa laboral establecido
- Algunos empleados padecen enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, estrés, enfermedades cardiovasculares y de visión entre otras).
- No existe diagnóstico a nivel de la administración sobre las condiciones laborales
- Existen diferentes clases de trabajos.

#### **5.5.3. ESTRATEGIAS:**

- Fortalecer el Comité Paritario – COPASO.
- Promoción de las acciones de P y P en los empleados.
- Formulación de planes de mitigación de los riesgos en la alcaldía con base en los riesgos profesionales y ocupacionales, y la accidentalidad.
- Diseñar, desarrollar, hacer seguimiento, evaluación y difusión de los resultados de la vigilancia en salud del entorno laboral.
- Reuniones intersectoriales para la inclusión del programa en las demás empresas del municipio.

## 5.6. EJE PROGRAMÁTICO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.

### 5.6.1. RESUMEN HISTÓRICO DE LOS DESASTRES DEL MUNICIPIO.

El Municipio de Belalcázar (Caldas) refiere su historia de ocurrencia de situaciones de emergencia a dos fenómenos, que por las condiciones morfológicas del terreno y aspectos de urbanización asociados a la tipología de la construcción, presentan riesgo por la ocurrencia de movimiento en masa e incendio.

La reconstrucción de la historia se realiza a partir de los recuentos escritos que reposan en los archivos de la Administración Municipal. Partiendo de esta idea el P.E.B, al analizar los registros existentes, muestra los siguientes hechos históricos que constituyen una evidencia incipiente de lo acaecido en el municipio en relación a la ocurrencia de desastres.

- ❖ Calle 9. Deslizamiento de un banco de tierra por arrojamiento de basuras.
- ❖ Barrio San Antonio. Octubre 18 de 2001. Incendio parcial de vivienda construida en bahareque; mal estado de la vivienda.
- ❖ Carrera 8 y 9 con calle 21. Noviembre 20 de 2000. Incendio parcial de vivienda. Descuido humano.
- ❖ Barrio Centenario. Marzo 26 de 2000. Deslizamiento de 3 viviendas. Vivienda sin especificaciones técnicas de construcción y falta de canalización de aguas residuales.
- ❖ Carrera 5ª N° 22-23. Mayo 25 de 2000. Deslizamiento menor. Filtración de aguas sobre el terreno.
- ❖ Barrio la Pista. Julio 02 de 1996. Deslizamiento de terreno. Ola invernal.
- ❖ Barrio la Cabaña. Febrero 23 de 1996. Declaratoria de zona de alto riesgo del barrio La Cabaña de conformidad con la Resolución 333 de 1995, según la Dirección Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.
- ❖ Barrio La Cabaña. Marzo 12 de 1996. Declaratoria de zona de alto riesgo, orden de evacuación, declaratoria de zona no apta para la construcción según resolución del Comité Local de Emergencias del Municipio de Belalcázar Caldas.
- ❖ Barrios la Cabaña, la Pista y Centenario. Marzo 05 de 1997. Declaratoria de zona de alto riesgo por el Concejo Municipal de Belalcázar.

“Las sociedades que desconocen su historia están condenadas a desaparecer.”

El valioso y formativo aprendizaje que dejan las tragedias ocasionadas por los desastres, debe convertirse en punto de referencia en el actuar de las personas y los sectores involucrados en la temática; pero, la insensibilidad ante la pérdida de vidas no permite trascender la atención de la emergencia. Es necesario, pues, desarrollar procesos que retomen lo sucedido y eviten la ocurrencia de nuevas tragedias, de aquí la importancia de reconstruir la historia del municipio de Belalcázar acudiendo a diferentes estrategias para recolectar la información faltante. De acuerdo a las características sociales del municipio donde la información histórica sistematizada es escasa, se hace necesario recurrir a la recopilación y organización cronológica de las emergencias y desastres ocurridos partiendo de la tradición oral de los habitantes y protagonistas históricos de dichos eventos.

#### **5.6.2. ESTADO ACTUAL DE LA PLANIFICACIÓN Y PREPARATIVOS PARA LA EMERGENCIA.**

En el municipio de Belalcázar se viene dando un replanteamiento de la organización administrativa y jurídica a través de dos acciones concretas:

La reforma al decreto 012 de febrero de 1997 por medio del cual se organiza el Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres, el cual por su falta de claridad y desarrollo en la temática se viene modificando con el fin de ser presentado como acuerdo mediante el cual se organiza el Comité Local en tres Comisiones: técnica, operativa y educativa, definiéndoles funciones, responsabilidades y competencias.

La implementación de un Sistema de Información Geográfica, recurso tecnológico mediante el cual se puede efectuar el manejo de los recursos, la ubicación espacial de los actores y sectores y la construcción de escenarios de riesgo.

Por otra parte, la actualización del registro aéreo fotográfico del municipio, permite entre otros aspectos, ubicar y definir las amenazas con visión global que oriente de manera confiable las acciones a implementar, las cuales, mediante la elaboración del Plan Local de Emergencia se pueden convertir en herramientas de consolidación del proceso práctico y de impacto social.

Aunque el panorama antes del proceso del P.L.E en el nivel planificativo hace referencia a la incorporación del análisis de las zonas de riesgo en el Plan de Ordenamiento Territorial, con gran validez desde el aspecto técnico, es necesario acompañar este proceso con acciones encaminadas a mantener la gobernabilidad del municipio en situación de emergencia como:

- ❖ A partir de las actividades propuestas en el P.L.E, definir las funciones y la secuencia de las actividades por desarrollarse en caso de emergencia.
- ❖ Establecer líneas de sucesión para los funcionarios que desempeñen un rol importante en la atención de la emergencia.
- ❖ Conservar en sitio considerado como seguro los documentos vitales, entre los cuales se deben tener presente, títulos de propiedad, registros históricos, demográficos, permisos, licencias, pagos.

### **5.6.3. OBJETIVOS DEL PLAN LOCAL DE EMERGENCIAS**

La realización del Plan Local de Emergencias de Belalcázar, busca, a través de los lineamientos propuestos en este documento, satisfacer los siguientes objetivos:

General:

- ❖ Orientar a la Administración Municipal, O.N.Gs., Organizaciones de Base, y en especial a las instituciones que hacen parte del Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres, en la preparación y respuesta frente a situaciones de emergencia o desastre, con sentido de protección y preservación de la vida humana, el medio ambiente y la infraestructura.
- ❖ Brindar al Municipio a través de una aproximación a la cartografía social una valiosa herramienta que le permita sistematizar, organizar e integrar la información disponible concerniente a la población, los recursos y la disponibilidad de estos ante las amenazas presentes en la localidad.

Específicos:

- ❖ Procurar la organización de las instituciones existentes en el Municipio en comisiones, de acuerdo a su carácter y perfil con el objeto de optimizar los recursos para la prevención del riesgo y la atención de desastres, a través de la reestructuración y conformación del Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres.
- ❖ Asignar las responsabilidades correspondientes a cada institución de acuerdo al perfil y competencia de la misma en relación al antes, durante y después de las emergencias y los desastres.
- ❖ Establecer los mecanismos de coordinación y flujo de información entre las diferentes instituciones, las diferentes comisiones del comité local para la prevención y atención de desastres del municipio y con la comunidad en general.
- ❖ Localizar espacialmente cuáles son los sitios de albergue temporal, puestos de información, puestos de mando unificado para las organizaciones de socorro, almacenamiento de menaje básico y alimentación, helipuerto para apoyo aéreo, centro de operaciones de emergencia, puestos de atención en primeros auxilios en caso de emergencia o desastre.
- ❖ Establecer los mecanismos necesarios para mantener el orden público y la gobernabilidad del municipio.
- ❖ Definir los tipos de alarma y alerta en el Municipio.
- ❖ Implementar y actualizar el Plan de Emergencia del Municipio.

#### **5.6.4. ORGANIZACIÓN INTERINSTITUCIONAL.**

Luego de la aprobación por parte del Concejo Municipal de la reforma al decreto 012 de febrero de 1997 por medio del cual se organiza el Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres, presentado por la administración en el marco de la elaboración del P.E.B., la estructura orgánico funcional del Comité Local quedara definida en acuerdo municipal “ POR MEDIO DEL CUAL SE DETERMINA LA CONFORMACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ LOCAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES EN EL MUNICIPIO DE BELALCÁZAR CALDAS”



El Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres es la institución municipal encargada de planear, programar, y ejecutar todas las acciones tendientes a prevenir los desastres o a conjurar los efectos dañinos una vez ocurridos, con el fin de proteger la vida, integridad personal y los bienes de los residentes, coordinar la atención en caso de que se presente una situación de emergencia originada por un fenómeno natural y/o antrópico, y procurar la recuperación ( rehabilitación / reconstrucción) de las áreas afectadas en el Municipio de Belalcázar, en el Departamento de Caldas.

Estará conformado por:

- a. El Alcalde Municipal, quien lo presidirá.
- b. El Secretario de Planeación y Obras Públicas Municipal, quien actuará como secretario del Comité Local y coordinador administrativo.
- c. El Secretario de Integración Social del Municipio.
- d. El Coordinador de Educación del Municipio, quien actuará como coordinador educativo del Comité Local.
- e. El Comandante de la Policía Nacional en el Municipio.
- f. El representante de la Cruz Roja en el Municipio.
- g. El Comandante de Bomberos en el Municipio.
- h. El representante de la Defensa Civil en el Municipio, quien actuará como coordinador operativo para las debidas ejecuciones de las decisiones del Comité.

El Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres, tendrá como funciones las contenidas en el artículo 61 del Decreto 919 de mayo 01 de 1989.

Será presidido en cabeza del señor Alcalde Municipal y Coordinado por el Secretario de Planeación y Obras Públicas Municipal.

El Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres quedará integrado por las siguientes Comisiones: TÉCNICA, OPERATIVA Y EDUCATIVA cuya estructura interna se presenta en la siguiente matriz:

COMISIÓN	MIEMBROS REPRESENTANTES (Entes Municipales)	COORDINADOR	FUNCIONES
<b>TÉCNICA</b>	EMPOCALDAS. EMAS. CHEC. TELECOM	Secretario Obras Públicas.	<p>Incorporación de la prevención al proceso de planificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación zonas de amenaza y de asentamientos humanos en riesgo.</li> <li>- Análisis de vulnerabilidad.</li> <li>- Políticas de P.O.T y P.O.U.</li> <li>- Proy. Reducción y mitigación del riesgo.</li> </ul>
<b>OPERATIVA</b>	Cruz Roja. El comandante del Cuerpo Oficial de Bomberos El presidente de la Junta de	Secretario Planeación Control Interno.	<p>Preparativos para atención de una emergencia:</p> <p>Organización de la atención</p>

	la Defensa Civil.		Capacitación de con enfrentar  Una emergencia.  Adiestramiento operativo.  Administración de recursos  para la atención y recuperación.
--	-------------------	--	---

<b>EDUCATIVA</b>	Secretario de Sal Municipal.  Rectores y Coordinadores de los centros educativos.  Director Casa de la Cultura  Representantes medios comunicación.  Juntas de acción comunal grupos sociales.	Coordinador de Educación Municipal.	Actividades para introdu los elementos de prevención en la cultu local:  Capacitación comunitaria.  Incorporación de la temáti en los currículos.  Campañas de informació pública.  Planes Escolares Emergencia.
------------------	--	---	--

5.6.5. Sistema de Divulgación e Información

La constitución de un sistema de divulgación pública es un componente fundamental para la socialización de los diferentes procesos en la gestión del riesgo, cuyo objetivo es garantizar que los diferentes actores y sectores tengan acceso oportuno a la información necesaria para participar en las diferentes fases de manera eficiente.

El sistema esta constituido no solo por la información que se pretenda divulgar, también hacen parte de este las diferentes organizaciones presentes en el municipio que intervienen en la generación, manejo y difusión de la información pública.

El objetivo de este sistema debe ser el manejo ético, responsable e imparcial de los acontecimientos, procesos, medidas, realidades que se relacionen con la prevención, la atención, recuperación y posterior reconstrucción frente a los desastres o la emergencia.

Este sistema hace parte del sistema de alertas, concebido para avisar o anticipar una situación de posible emergencia.

El Sistema de Divulgación e Información se fundamenta en conceptos básicos tales como:

❖ La Comunicación:

Entendida como un proceso dimensional de doble vía de intercambio de información entre diferentes actores que comparten un objetivo de conocimiento común, que a través de un canal o medio de información comparten mensajes, los que a su vez deben tener la validez y la confianza necesaria para darle legitimidad social a la información circundante. En la temática de la Gestión del Riesgo esa comunicación debe cumplir con unas características necesarias para que el elemento preventivo se incorpore a la cultura del municipio:

Debe ser continua y continuada, no referida al momento de la emergencia o el desastre, ni a informaciones esporádicas de temas relacionados con la prevención de desastres, ni a noticias amarillistas; es el compromiso educativo de transmitir continuamente mensajes preventivos, ambientales y sociales para dar conocimiento del ecosistema circundante y de las amenazas de éste, que por ser dinámico y cambiante se generan día a día. Son no solamente los medios de comunicación

los responsables de esta tarea, son todas las organizaciones que desde su accionar desarrollan, directa o indirectamente, procesos educativos.

Es un proceso que se desarrolla en diferentes momentos con un objetivo preestablecido y unos actores comprometidos.

Es Social, ya que compromete a un conglomerado de seres humanos que comparten un espacio y un tiempo común, debe de ir dirigida en múltiples direcciones para que los receptores de la información se conviertan en difusores de la misma y debe permitir crear relaciones entre quienes actúan entorno al acto de comunicar.

Debe ser particular en tanto que debe responder a un lenguaje autóctono de la región o localidad con el fin de tratar de unificar los diferentes conceptos bajo un lenguaje común en la temática del riesgo, en torno al estar lo mejor preparados antes que los posibles siniestros ocurran.

Debe de llegar a ser participativo, bajo el ideal de que como ciudadanos no solo tenemos el derecho a la protección de la vida, bienes y servicios , sino el deber de comprometernos en coadyuvar en los procesos sociales que desde la administración central se desarrollen.

#### ❖ La Información:

Debe presentarse con unas condiciones básicas que garanticen la eficacia del proceso comunicativo:

**Disponible:** Debe ser accesible a toda la comunidad, debe de transmitirse por todos los medios posibles, tanto formales como informales que lleguen al mayor número de individuos receptores.

**Legítima:** la autoridad moral, técnica y científica del emisor frente al receptor depende en gran medida que la información sea objetiva, comprobable, con credibilidad. En torno al manejo de la información en caso de desastre o emergencia, ésta debe ser manejada por el alcalde como primera autoridad del municipio y presidente del CLOPAD, actuando, en caso que el alcalde así lo decida, como emisario el

coordinador del Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres responsabilidad asumida por el Secretario de Planeación Municipal.

*Precisa:* la información debe de ser precisa y concisa, no debe de dar cabida a ambigüedades, debe ser presentada con la mayor claridad con la intención de mostrar desde diferentes puntos de vista la realidad que se suscita. En el caso que la información se presente como un instructivo de acción frente al suceso siniestro de una emergencia debe de indicar claramente y de manera muy concreta que acción se debe emprender de acuerdo al plan. Otro punto a tener en cuenta en cuanto a la precisión es la cantidad de información que se debe difundir, para lo cual es necesario tener presente que, debe de ser la necesaria para que el receptor asimile y procese en su consiente lo que esta escuchando. Es importante destacar que, en la diferencia implícita entre escuchar (procesamiento del mensaje) y oír (recibir auditivamente ese mensaje) esta determinada la cantidad de emisión del mensaje frente a una situación de emergencia.

*Acorde:* se debe de emitir la información de acuerdo con el código cultural o con los imaginarios culturales de la comunidad, entendidos como las representaciones o símbolos del mundo, su estructura de pensamiento, creencias, mitos y sistema de valoraciones de la realidad a la cual pertenece. De este punto depende que para el receptor la información sea clara y este, a su vez le otorgue categoría de validez social.

**5.6.6. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES.**

<p><b>INSTITUCIÓN</b></p> <p><b>FUNCIONES</b></p>	<p><b>NACIONAL</b></p>
<p>DIRECCIÓN GENERAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES –DGPAD–.</p>	<p>1. Dar cumplimiento al Decreto 919 de 1989. En el cual se le estipula la función general de coordinar las instituciones que hacen parte del Sistema Nacional Para la Prevención y Atención de Desastres y velar por el cumplimiento a las funciones de cada una de ellas.</p>
<p>EJERCITO NACIONAL</p>	<p>2. Coordinar grupos para el acordonamiento y seguridad de la zona de impacto.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Control de aeropuertos y helipuertos en la zona de influencia del desastre.</li> <li>4. Ubicar y controlar los retenes viales de entrada y salida a las zonas de influencia del desastre.</li> </ol>
POLICIA NACIONAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar la subcomisión o grupos interinstitucional encargados de la identificación y levantamiento de víctimas.</li> <li>2. Brindar la seguridad interna y prevenir situaciones anormales de orden público en las zonas de influencia de los desastres y/o sitios de albergues temporales.</li> </ol>
INGEOMINAS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asesorar la coordinación regional e integrar la Comisión técnica para los análisis y estudios geológicos y geotécnicos.</li> <li>2. Administrar los servicios nacionales: Red sísmica.</li> <li>3. Adelantar estudios de geología y geotecnia, minería, aguas subterráneas, amenazas naturales e ingeniería geológica.</li> </ol>
ICBF	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planear, coordinar y supervisar los programas para la atención y protección de la familia y el menor.</li> <li>2. Promover la capacitación de agentes educativos (madres comunitarias, jardineras y directivas)</li> </ol>
SENA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseñar y promover la organización y preparación comunitaria para la prevención y atención de desastres.</li> <li>2. Asesorar a la Comisión Educativa para la formulación de programas de educación y formación no formal.</li> <li>3. Apoyar la edición y divulgación de material didáctico para prevención y atención de desastres.</li> </ol>
HIMAT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoreo y registro sobre el comportamiento de las fuentes hídricas.</li> <li>2. Pronosticar el estado del tiempo y dar aviso oportuno sobre fenómenos hidrometeorológicos.</li> <li>3. Preparar los mapas de amenaza hídrica y señalamiento de zonas inundables.</li> </ol>
CORPES	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Involucrar la prevención de desastres en los procesos de planificación.</li> <li>2. Promover la mapificación de las zonas de riego.</li> <li>3. Apoyar los proyectos de prevención con entidades competentes. Diseñar insumos y metodologías para involucrar la prevención en la planificación regional, departamental y local.</li> <li>4. Fortalecer el conocimiento y la investigación sobre</li> </ol>

	<p>los fenómenos naturales y los potenciales desastres.</p> <p>5. Apoyar estudios técnicos.</p>
--	---

<b>INSTITUCIÓN</b>  <b>FUNCIONES</b>	<b>REGIONAL</b>
<b>GOBERNACIÓN DE CALDAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constituir, presidir y convocar el Comité Regional para la Prevención y Atención de Desastres - CREPAD-.</li> <li>2. Crear un fondo departamental para la Prevención y Atención de Desastres.</li> <li>3. Ordenar la activación de sistemas de alerta y radiodifusión de los comunicados de estado de alerta.</li> <li>4. Demandar a las instituciones la ejecución de planes o programas aprobados por el CREPAD.</li> <li>5. Promover el mejoramiento de la capacidad técnica y logística de las entidades integrantes del CREPAD.</li> </ol>
<b>PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar el CREPAD.</li> <li>2. Involucrar los insumos o componentes de prevención en los planes de desarrollo regional.</li> <li>3. Promover y gestionar recursos para estudios e investigaciones de los fenómenos naturales y de prevención.</li> <li>4. Identificar y analizar las zonas de riesgo en el departamento e involucrarlas en el plan de desarrollo departamental. Actualizar los indicadores departamentales de los riesgos y el ambiente.</li> </ol>
<b>SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover y reglamentar la adecuación curricular en prevención y atención de desastres.</li> <li>2. Coordinar interinstitucionalmente la capacitación de establecimientos educativos en planes escolares de emergencia y servicio social del estudiantado.</li> <li>3. Designar el personal técnico pedagógico para el diseño de contenidos curriculares de prevención y atención de desastres y en gestión ambiental.</li> </ol>
<b>SECRETARIA DE OBRAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participar en el proceso de atención de la emergencia, con actividades como limpieza de calles,</li> </ol>



PÚBLICAS DEPARTAMENTAL	apertura de vías y remoción de escombros. Ejecutar obras de estabilización en sitios críticos de riesgo sobre vías terrestres, fluviales y puentes.
<p style="text-align: center;"> <b>COORPORACIÓN AUTONOMA REGIONAL DE CALDAS</b>   <b>-CORPOCALDAS-</b> </p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar grupos interinstitucionales encargados de prevenir los incendios forestales y manejo y conservación de recursos naturales.</li> <li>2. Identificar y presentar los proyectos al CREPAD y CLOPAD, que requieran co-financiación del orden nacional.</li> <li>3. Promover la elaboración de los perfiles ambientales y mapificación de zonas de conflicto ambiental. Ejecutar e interventorar proyectos de prevención y atención de desastres. Crear procesos para manejo de cuencas hidrográficas en deterioro o contaminadas.</li> <li>4. Exigir los estudios de impacto ambiental en proyectos y obras civiles a particulares.</li> <li>5. Prevenir y controlar los fenómenos erosivos , torrentes, vertimientos industriales e incendios forestales.</li> <li>6. Adecuación de áreas de riesgo.</li> </ol>

<b>INSTITUCIÓN</b>  <b>FUNCIONES</b>	<b>MUNICIPAL</b>
<p style="text-align: center;"><b>ALCALDÍA MUNICIPAL</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constituir, presidir y convocar el Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres.</li> <li>2. Concertar y someter para aprobación del CLOPAD las asignaciones presupuestales para los programas, proyectos u obras de prevención, atención o rehabilitación.</li> <li>3. Crear el fondo local para la prevención y atención de desastres.</li> <li>4. Activar los sistemas de alarma, emitir publicaciones y los comunicados de alerta.</li> <li>5. Coordinar la identificación preliminar de zonas de riesgo en el municipio y demandar al concejo su reglamentación y uso del suelo.</li> <li>6. Demandar a los organismos operativos locales, el diseño y adiestramiento de procesos operativos para la atención de impactos.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ordenar la incorporación de la prevención en la planificación municipal.</li> </ol>
PLANEACIÓN MUNICIPAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar la secretaría y coordinación del Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres.</li> <li>2. Involucrar los insumos o componentes de prevención en los planes de desarrollo municipal.</li> <li>3. Promover y gestionar la asignación presupuestal para el estudio e investigación de los fenómenos naturales y para los proyectos de preinversión priorizados en el proceso de planificación.</li> <li>4. Identificar y analizar las zonas de riesgo.</li> <li>5. Promover los procesos de reubicación de asentamientos ubicados en zonas de riesgo.</li> <li>6. Aplicar las normas y códigos de sismoresistencia y de mitigación de la vulnerabilidad física y estructural. Preparar la información técnica a los concejos de usos del suelo de zonas de riesgo.</li> </ol>
SERVICIO DE SALUD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar y adiestrar los grupos encargados del sector salud y de la atención pre-hospitalaria.</li> <li>2. Realizar los planes extra e intra hospitalarios, promover su aplicación y adiestramiento del personal.</li> <li>3. Promover el análisis de vulnerabilidad física y funcional de los centros hospitalarios.</li> <li>4. Vigilar y hacer control epidemiológico en la atención de desastres o en una emergencia sanitaria.</li> <li>5. Coordinar los programas o planes de control y prevención de enfermedades endémicas o epidémicas.</li> <li>6. Hacer los diagnósticos sanitarios y de servicios básicos a nivel urbano y rural.</li> </ol>
DEFENSA CIVIL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar el Comité Operativo –COE- del CLOPAD y su acción integral en la atención de impactos o emergencias.</li> <li>2. Promover y asesorar la elaboración de planes y procedimientos operativos con base en los posibles riesgos de la región o localidad.</li> <li>3. Activar los sistemas de alerta y alarma a la población.</li> <li>4. Realizar y mantener actualizados los inventarios humanos y materiales de las instituciones del COE.</li> <li>5. Coordinar y capacitar en búsqueda y rescate.</li> </ol>

<p>CRUZ ROJA</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar las subcomisiones encargados del alojamiento temporal y sus suministros.</li> <li>2. Prestar su apoyo en primeros auxilios y capacitar a la comunidad en la atención de impactos.</li> <li>3. Realizar los censos de familias asentadas en zonas de riesgo.</li> <li>4. Ubicar y disponer los posibles refugios para la población afectada.</li> <li>5. Coordinar la repartición de enseres, alimentos y otros a la población afectada.</li> </ol>
<p>POLICIA</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar el grupo encargado de la identificación y levantamiento de víctimas.</li> <li>2. Brindar la seguridad interna y prevenir situaciones anormales de orden público en las zonas de influencia y/o sitios de albergues temporales.</li> </ol>
<p>CUERPO OFICIAL DE BOMBEROS</p>	<p>Extinción de incendios en áreas urbanas o rurales.</p> <p>Promover por el cumplimiento de normas de seguridad industrial en empresas e industria.</p> <p>Asesorar la implementación de planes de contingencia y seguridad industrial.</p> <p>Promover la construcción de la red de hidrantes en el municipio por la alta vulnerabilidad por ocurrencia de incendios.</p>
<p>CLOPAD</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinar las instituciones integrantes, para lograr la ejecución de políticas, decisión y proyectos en prevención, atención y rehabilitación.</li> <li>2. Dirigir ínter institucionalmente las acciones con el CREPAD.</li> <li>3. Monitorear el cumplimiento de las funciones y compromisos de las diferentes instituciones.</li> <li>4. Lograr la integración de recursos a través de la orientación y asesorías a las diferentes comisiones del CLOPAD.</li> <li>5. Gestionar la cofinanciación de proyectos con recursos del nivel local y regional, nacional cuando sobrepase estos niveles.</li> <li>6. Coordinar con las comisiones de trabajo la elaboración de informes sobre situaciones de desastres, daños causados requerimientos de</li> </ol>

	<p>atención y rehabilitación.</p> <p>7. Gestionar y enviar informes al nivel nacional sobre las situaciones de desastre.</p> <p>8. Promover y poner en ejecución los planes de prevención de desastres.</p>
<p>GREMIOS PROFESIONALES, COMUNITARIOS U ORGANIZACIONES</p>	<p>1. Fortalecer la organización y capacitación de la población para la prevención y atención de desastres.</p> <p>2. Viabilizar la participación comunitaria en el CLOPAD.</p> <p>3. Promover la capacitación y preparación de planes operativos en las diferentes instituciones comerciales, industriales y de servicios tanto públicas como privadas.</p> <p>4. Ser veedores de los proyectos y programas de prevención y atención de desastres desarrollados por los CLOPAD y CREPAD.</p>

Instituciones presentes en el Municipio:

- Secretaría de Planeación y Control Interno.
- Secretaría de Obras Públicas Municipales.
- Secretaría de Agricultura.
- Secretaría General – Coordinador de Educación.
- Secretaría de Hacienda y Recaudo Público.
- Casa de la Cultura.
- Dirección Local de Salud.
- Personería Municipal.
- Cuerpo de Bomberos.
- Junta de Defensa Civil.
- Bienestar Familiar.
- Comité de Cafeteros.
- Asociación Radio Aficionados.
- Empresa Social del Estado Hospital San José de Belalcázar.
- EMPOCALDAS S.A. E.S.P
- Empresa Metropolitana de Aseo EMAS.
- Centra Hidroeléctrica de Caldas CHEC. S.A E.S.P
- TELECOM.
- Colegio Oficial Integrado Cristo Rey.

- Emisora Ecos de Belalcázar.
- Parroquia la Inmaculada.
- Hogar del Anciano Antonio José Valencia.
- Asociación Cívica Antena Parabólica.
- Policía Nacional.
- Cruz Roja Colombiana.
- Sociedad de Transportadores de la Virginia.
- Grupo Jóvenes Maloka.
- 

### **5.6.7. COORDINACIÓN GENERAL.**

La responsabilidad de la coordinación de la emergencia recae en el Alcalde Municipal como presidente del COLPADE con funciones en el ante, durante y después de las situaciones de crisis. Elaborar los planes específicos para la atención de la emergencia de acuerdo a riesgos presentes, informar y citar a una rueda de prensa para informar sobre lo ocurrido y las acciones que se llevan a cabo. Coordinar con los diferentes secretarios de despacho las acciones pertinentes a desarrollar en caso de emergencia:

Secretaría General:

- Coordinar con las autoridades militares y de policía, lo relacionado con el mantenimiento del orden público y la seguridad.
- Coordinar con los organismos de socorro la atención o asistencia necesaria durante un desastre con el fin de salvaguardar la vida, proteger los bienes y mantener la seguridad pública.
- Coordinar los procedimientos de evacuación masiva.
- Coordinar los programas de asistencia social cuando la emergencia requiera atención a la población de albergues, alimento, vestuario u otro tipo de artículo que sea necesario para la atención básica, así mismo el manejo de la información para conocer el estado de la población afectada y posibilitar el reencuentro familiar.
- Coordinar con las entidades participantes en la atención de la emergencia el tipo de albergue y el manejo de los implementos necesarios para la permanencia de la población afectada.

Secretaría de Salud:

- Coordinar la atención médica y psicológica de las personas afectadas, así como cubrir las necesidades de salud pública.

#### 5.6.8. Coordinación Operativa.

Comité Operativo de Emergencia –COE- el cual aparte de las funciones establecidas en el decreto ley – anexo I- debe rerealizar el proceso de señalización de las rutas de evacuación, manejar el sistema de alarmas en coordinación con el comité local.

#### Sistemas de Alerta.

Un sistema de alerta es el conjunto de instrumentos, procedimientos y protocolos que permiten realizar un pronóstico aceptable sobre la posible ocurrencia de un evento y, por consiguiente, tomar las decisiones institucionales y sociales adecuadas al nivel de peligro existente. Una alerta es un estado anterior a la ocurrencia de un desastre, y se declara con el fin de activar procedimientos preestablecidos de acciones por parte de las entidades responsables y para que la población adopte precauciones específicas debido a la inminente ocurrencia de un evento.

#### 5.6.9. EVACUACIÓN.

El propósito de la evacuación es coordinar la movilización de población de una zona peligrosa a un área segura dentro de un procedimiento de alerta y alarma o una vez producida la emergencia de asegurar la integridad de la comunidad.

La responsabilidad de dar una orden de evacuación recae en el COE preferiblemente presentada por escrito y debe de ser asumida bajo la responsabilidad política de la administración municipal, tanto como medida preventiva como medida de atención frente a la emergencia.

#### 5.6.10. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.

La educación en la temática del riesgo ha de tornarse en la más importante a ser desarrollada, pues de ella dependerá posiblemente la suerte de algunas vidas, lo más probable es que sean las propias las que se vean comprometidas contra algún imprevisto bien sea natural o antrópico; el enfoque para trabajar la temática desde hace algunas décadas es esencialmente preventivo, entendido como un proceso holístico que recoge todas las acciones necesarias a desarrollar por un grupo o comunidad frente a las amenazas que todo asentamiento humano posee. Por lo tanto es necesario crear una estrategia pedagógica para ser desarrollada. A continuación se presentan tópicos de trabajo aportantes para el diseño y ejecución de esta:

- Darse cuenta del entorno, de las características naturales del territorio y la dinámica de los procesos en los que interactúan los sistemas natural, humano y construido, constituyen el inicio del diseño curricular en riesgo.

- Partiendo de un conocimiento científico y técnico se deben dar a conocer los fenómenos naturales, como su nombre lo indica, como procesos de origen natural que se dan por su misma naturaleza y que hacen parte de la dinámica del ecosistema al que pertenecemos. Por ejemplo los deslizamientos son resultado de los procesos de estabilidad global de la biosfera. En el entendimiento de los fenómenos naturales, qué son , cómo se presentan y qué hacer frente a ellos, es aquí en donde esta el punto de partida para establecer la estrategia pedagógica frente a la temática del riesgo.

- Conocer desde un punto de vista cultural las consecuencias de nuestras actividades cotidianas frente a esos fenómenos, ayuda a concientizar que los fenómenos como tal no son los que generan riesgo, es la condición natural del planeta expuesta, o violentada, por el accionar humano, que genera los peligros latentes para las distintas comunidades habitantes del planeta tierra. Siguiendo con el ejemplo de los deslizamientos, ese continuo movimiento de la biosfera sumado a la ubicación de los asentamientos humanos ( zona andina con alta precipitación y con una morfología de montaña) en áreas específicamente susceptibles a deslizamientos traen como consecuencia la presencia del riesgo por movimientos en masa.

- El conocimiento, de lo que son y seguirán siendo, los fenómenos naturales y la degradación del medio ambiente por la acción del hombre, dan como resultado el entendimiento que, es el ser humano con su propio accionar el que genera sus propios y mayores riesgos.

- Entender que la temática de los desastres es secuencial o cíclica y que como tal responde a la presencia de unas fases o ciclos a los cuales desde el accionar humano se debe responder, define las acciones a desarrollar.

Algunos autores los postulan como la *serie 3000* y los definen en tres etapas: el antes, el durante y el después. Capacitarnos y prepararnos para manejarlas define las acciones a desarrollar en cada momento. Continuando con el ejemplo de los deslizamientos tenemos:

En el antes; evitar construir en taludes de alta pendiente, no arrojar basuras en los taludes o en las obras de mitigación, conservar la capa vegetativa, canalizar las aguas residuales, lluvias, acatar las normas de construcción, realizar estudios de suelo y planes de emergencia local, escolar y familiar, y de contingencia en las diferentes instituciones; son acciones que junto a la capacitación de las comunidades nos evitan la ocurrencia de emergencias o desastres.

En el durante; están definidas las acciones de respuesta frente a una situación de emergencia, como hacerle frente a una situación que puede generar un desastre. Se sintetiza en la atención de la emergencia, esta atención debe de estar definida en cuanto a la coordinación y distribución de responsabilidades desde el *antes*, no es una atención improvisada es poner en ejecución los diferentes planes con los que el municipio cuenta.

En el después; se condensan todas las acciones de recuperación y reconstrucción, con el objetivo de retornar a la normalidad en el menor tiempo posible.

- Recuperar la historia institucional, comunitaria e individual permite conocer y reflexionar en la manera como se han presentado las emergencias o desastres, la manera como se enfrentaron, la capacidad de respuesta, las fallas cometidas y la manera como se retorno a la normalidad por parte de los afectados y del municipio en general. De está conocimiento de manera prospectiva se puede inferir lo que puede llegar a acontecer.

- La utilización del Sistema de Información y Difusión Pública debe de ser utilizada como un mecanismo importante en la ejecución de la estrategia pedagógica. Desarrollada desde tres esferas fundamentales: del deber, el ser, y el actuar adecuadamente, como principio moral del que tiene la posibilidad a través de la palabra de introducirse en las viviendas de los habitantes e influir de una manera u otra sobre su comportamiento. El conocimiento técnico y científico de la información, es parte de la obligación que tiene de capacitarse quien informa, para instruir a la comunidad, en un lenguaje ameno y lo suficientemente claro en los mensajes, a través de la motivación hacia los procesos de participación ciudadana para la gestión del riesgo.

En conclusión de lo que se trata es de aterrizar, el conocimiento histórico, natural y social a procesos de formación no formal y los conceptos fundamentales de la gestión del riesgo (amenaza, vulnerabilidad, riesgo, desastre, prevención, mitigación y preparación) a la realidad de las distintas comunidades de Belalcázar, pero a partir de las experiencias y vivencias de personas de distintas edades que reflejan la situación de confianza en sus propios saberes.



### 5.6.11. INFORMACIÓN PÚBLICA.

El Sistema de Información y Difusión Pública debe como su nombre lo indica manejar la información de lo que acaece para que este al alcance de toda la comunidad. Retomando la agrupación que realiza el municipio de Manizales en su *Plan Local de Emergencias* se presentan los propósitos que se deben buscar por las instituciones pertenecientes al sistema:

a. Objetivos comunes: Dar a conocer el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y las funciones que las diferentes instituciones integrantes de éste debe desarrollar.

Contribuir a la inserción del elemento preventivo a la cultura de Belalcázar.

Utilizar la comunicación como una herramienta de masificación de los conceptos y actitudes frente al riesgo que puedan reducir la vulnerabilidad global del municipio.

b. Objetivos frente a las instituciones: Facilitar la coordinación interinstitucional y dentro de las instituciones, los medios de comunicación y la comunidad, a través de la construcción de un lenguaje común y la unificación de criterios sobre la gestión del riesgo.

Definir canales y lenguajes apropiados para la divulgación responsable, organizada y oportuna de pronósticos, advertencias, alertas, avisos, e instrucciones en caso de emergencia.

Distribuir información de calidad para contrarrestar los falsos rumores.

Servirle a la comunidad como un medio de ayuda o apoyo social frente a la difusión de mensajes individuales, institucionales, familiares que contribuyan a mantener la calma frente a las situaciones de emergencia.

Acatar los patrones que el COLPADE establezca para el manejo de la información en caso de procesos educativos no formales, instructivos para atender una situación de emergencia y la difusión de lo acaecido.

Fortalecer la confianza y credibilidad de la comunidad frente a las instituciones, sus diagnósticos técnicos, decisiones y medidas ejecutadas.

Apoyar los procesos educativos, los simulacros, las medidas preventivas e incentivar a la participación proactiva de la comunidad en estos.

Diseñar y ejecutar los planes de contingencia de acuerdo a los riesgos presentes en el municipio.

c. Objetivos frente a la comunidad: Aportar elemento para la mejor comprensión de la dinámica del entorno.

Aportar la información necesaria para la comprensión de las instrucciones que imparten las instituciones en situación de emergencia y para actuar de manera consecuente con las mismas.

Incentivar a la participación en la gestión ambiental y el ordenamiento del territorio.

Difundir la memoria histórica del municipio en las emergencias y desastres vividos al propiciar su reflexión.

Difundir los conceptos básicos de la gestión del riesgo, de manera que se puedan retroalimentar entre los diferentes actores.

d. Objetivos frente a los medios de comunicación: Reconocer y ejecutar el papel y la responsabilidad de los medios de comunicación de la gestión del riesgo en sus distintos aspectos, vinculándose en las diferentes etapas, no solamente en la reproducción de lo acontecido en la emergencia.

Comprender la información suministrada por las diferentes instituciones y facilitar su difusión al público de manera comprensible y oportuna.

Mantener la capacitación de los periodistas y comunidades sociales en el tema de la gestión del riesgo, de manera que comprenda la complejidad de los procesos que se relacionan con esta y decidan participar en ellos.

Asumir el papel de educadores no formales de su audiencia.

Concientizarse de la necesidad de desarrollar un lenguaje técnico que permita presentar la información referente al riesgo de manera oportuna y ética.

Tener un desempeño acorde con la situación social que se viva, evitar estereotipos, protagonismos, sobredimensionalismos de la situación y el activismo.

#### **5.6.12. INVENTARIO DE RECURSOS.**

En este aspecto se debe realizar un inventario de los recursos con los cuales se cuenta para evitar un desastre: extintores, linternas, escaleras móviles, palas, altavoces, botiquín, mangueras, alarmas, cascos, entre otros.

- Institucionales.

A nivel de las instituciones tanto públicas como privadas es necesario realizar un levantamiento de la información frente a lo que cada institución tiene para la atención de una emergencia. Una guía de los ítem que se deben tener presente son:

Personal disponible

Vehículos y maquinaria: cantidad de vehículos, capacidad, estado, conductor.

Equipos especiales.

Combustibles: cantidad y ubicación.

Sistema de comunicación: equipos disponibles y su ubicación.

Alimentos.

Suministros médicos.

#### **5.6.13. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN.**

La finalidad del presente plan es convertirse en una guía para la acción organizada e interinstitucional para la gestión del riesgo. Para lo cual es necesario que todas las instituciones gubernamentales se comprometan en ejecutar el plan para que pueda lograr una efectividad adecuada, su contenido debe ser conocido y entendido por aquellos que serán responsables de su implementación.

La Secretaría de Planeación y Control Interno deberá socializar, monitorear y asesorar a las instituciones en cuanto a las acciones que deben desarrollar y las responsabilidades que deben asumir.

#### **5.6.14. EVALUACIÓN Y MONITOREO.**

El Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres es el responsable de coordinar los esfuerzos de monitoreo y evaluación del Plan de Emergencias. Se plantean cuatro procesos a desarrollar:

Revisión periódica de las tareas a desarrollar: Frente al plan y al análisis continuo de los escenarios de riesgo.

Logro de los objetivos en términos reales: De lo que se plantea se obtendrá con el presente plan y de lo vivencial en términos de las oportunidades de aprendizaje de las emergencias que retroalimentan el presente plan.

Simulación: ejercicio de mesa con las personas que toman las decisiones en el municipio realizadas al menos una vez al año con el objetivo de dotar de experiencia práctica a quienes distribuyen las acciones en las emergencias.

Simulacro (ejercicio de campo de respuesta frente a una emergencia).

## CAPITULO VI. PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD.

El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales (Faltan definir por parte del Ministerio las prioridades Departamentales y municipales, que de todas formas deben tener como referente las prioridades nacionales).

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

Las prioridades nacionales en salud son:

- 1) La salud infantil
- 2) La Salud sexual y reproductiva
- 3) La salud oral
- 4) La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- 5) Las enfermedades transmisibles y la zoonosis
- 6) Las enfermedades crónicas no transmisibles.
- 7) La nutrición
- 8) La seguridad sanitaria y del ambiente
- 9) La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral
- 10) La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Las prioridades en salud del Plan Nacional de Salud Pública son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud – EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial.

Los objetivos, metas y estrategias definidos en este documento serán ajustados para cada departamento, distrito y municipio del país. A las metas territoriales se le aplicarán criterios diferenciales, por población y territorio.

## CAPITULO VII. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SECTOR SALUD.

### Del Municipio de Belalcázar:

Sin perjuicio de las competencias establecidas en las normas legales, corresponde a los departamentos, distritos y municipios categorías 4, 5 y 6 asumir, frente al Plan Nacional de Salud Pública, las siguientes responsabilidades:

- 1) Participar en el desarrollo del análisis de las necesidades y problemas de salud de la población de su territorio y de la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial de los actores de su territorio.
- 2) Formular con asesoría del departamento del Plan de Salud Territorial y el plan operativo anual.
- 3) Concertar las metas y estrategias sectoriales e intersectoriales, con la participación de la comunidad, los actores del Sistema de Protección Social y de otros sectores.
- 4) Tramitar ante el Consejo Territorial de Planeación la inclusión del Plan de Salud Territorial en el Plan de Desarrollo Territorial.
- 5) Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Territorial defina el Ministerio de la Protección Social.
- 6) Participar en la supervisión, seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del Plan de Salud Territorial.
- 7) Promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos y comunidades en la planeación, ejecución, seguimiento y control social del Plan de Salud Territorial.
- 8) Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en su jurisdicción.
- 9) Generar la información requerida por el sistema de información de salud, tal como lo defina el Ministerio de la Protección Social.
- 10) Apoyar el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, en coordinación con el departamento.
- 11) Coordinar el desarrollo con el departamento la operación de la vigilancia en salud en el componente de vigilancia en salud pública.

## **CAPITULO VIII. FINANCIACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.**

### **Recursos para las acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida.**

En tal sentido, las acciones de promoción de la salud competen a todos los actores del sector de la salud y por tanto sus fuentes de financiación incluyen los recursos que se destinen en el Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública; los recursos que se destinen de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención; los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones – SGP y los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación de las acciones de promoción de la salud del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas.

Las acciones de promoción de la salud incluidas en los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos destinados a la prestación de servicios de la unidad de pago por capitación – UPC de cada régimen y los recursos que adicionalmente se reconocen a las entidades promotoras de salud – EPS del régimen contributivo, por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.

### **Recursos para la prestación de servicios de prevención de riesgos y de recuperación y superación de los daños en salud.**

Los servicios individuales de detección temprana, protección específica y atención del plan obligatorio de salud – POS para la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos de la unidad de pago por capitación – UPC correspondiente, destinados para la prestación de servicios y los recursos que adicionalmente se reconocen a las entidades promotoras de salud – EPS del régimen contributivo por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.

Para el caso de la población pobre no afiliada, estos servicios se prestan con cargo a los recursos del componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones – SGP y demás recursos que la Nación y las entidades territoriales destinan para prestación de servicios de salud y atención de urgencias.



### **Recursos para la vigilancia en salud y gestión del conocimiento.**

En el ámbito territorial la vigilancia en salud y gestión del conocimiento se financia con las rentas propias y los recursos que para el efecto las entidades territoriales asignen del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones – SGP, así como los recursos de prestación de servicios de salud destinados al desarrollo y operación del sistema de información entre otros.

### **Recursos para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública.**

Las actividades para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Pública se financian con los recursos que todos los actores del sistema destinen para el fortalecimiento y desarrollo institucional provenientes de fuentes tales como, los recursos del Presupuesto General de la Nación a cargo del Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas; recursos de crédito externo y los recursos propios y de libre destinación del Sistema General de Participaciones –SGP, en el ámbito territorial. Finalmente los recursos que las entidades promotoras de salud destinen para el efecto con cargo a la proporción de la unidad de pago por participación – UPC permitida para gastos de administración.

